

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Katedra psychologie

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Libuše Vitoušová

Možnosti a meze psychologické podpory herních specialistek  
hospitalizovaným dětem

Possibilities and limits of play therapists psychological support to  
hospitalized children

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Šturma

2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Děkuji panu PhDr. Jaroslavu Šturmovi za vedení mé diplomové práce, především za jeho ochotu a vstřícnost, která provázela všechna naše setkání.

Děkuji i Ondrovi, svému manželovi, a dcerkám za trpělivost a podporu.

## Obsah

I. Úvod .....	1
II. Teoretická část .....	4
1. Koncept herní práce .....	5
1.1. Pojmy .....	5
1.2. Náplň práce herních specialistek .....	11
1.3. Současný stav herní práce u nás .....	15
2. Možnosti a meze v péči herních specialistek o pacienty .....	20
2.1. Humanizační trendy ve zdravotnictví .....	20
2.2. Psychologické aspekty nemoci a hospitalizace .....	23
2.3. Rodina hospitalizovaného dítěte .....	28
2.4. Strach a úzkost .....	32
2.5. Bolest .....	37
2.6. Sociální opora .....	42
2.7. Etické aspekty .....	46
3. Možnosti rozvoje profese herních specialistek .....	49
3.1. Sebezkušenostní výcvik .....	49
3.2. Supervize a syndrom vyhoření .....	54
3.3. Pracovní spokojenost .....	57
III. Empirická část .....	63
1. Cíl zkoumání .....	64
2. Metodologie zkoumání .....	64
3. Předvýzkum .....	65
4. Vzorek .....	65
4.1. Vytvoření zkoumaného souboru .....	65
4.2. Popis zkoumaného vzorku .....	66

4.3. Představení respondentek .....	66
5. Přehled .....	72
5.1. Témata .....	72
5.2. Metoda .....	73
5.3. Realizace sběru dat .....	73
5.4. Úpravy výpovědí .....	75
5.5. Interpretace získaných dat .....	75
6. Diskuze .....	106
7. Shrnutí .....	108
 IV. Závěr práce .....	 111
1. Závěr .....	111
2. Abstract .....	112
 V. Seznam použité literatury .....	 113
 VI. Přílohy	
1. Osnova pro polostrukturovaný rozhovor s herními specialistkami .....	I.
2. Tabulky .....	III.

## I. Úvod

Za téma své diplomové práce jsem si zvolila herní práci a herní specialistiky. Budu se zabývat možnostmi a mezemi v psychologické podpoře, kterou poskytují dětem hospitalizovaným v nemocnici.

O herní práci jsem se poprvé dozvěděla díky článku prof. Jiřího Mareše a Heleny Zdeňkové (2001) a tento přístup a nová péče o dítě hospitalizované v nemocnici mě velmi zaujala, na základě článku jsem tuto cestu považovala za smysluplnou a perspektivní. A později, když moje starší dcerka povyroستla, nechala jsem se tímto článkem inspirovat a snažila jsem se dcerce dění kolem návštěv lékařů vhodně zprostředkovávat, připravovat ji na to, co v ordinaci zažije, povídat si s ní. A tato moje rodičovská, byť z hlediska herní práce laická zkušenost mě definitivně utvrdila v zájmu o herní práci. A do třetice mě zaujalo i to, že na naší katedře zatím žádná práce na toto téma nevznikla.

Rozhodla jsem se, prostřednictvím své diplomové práce, zabývat herními specialistkami v České republice a jejich profesí, zmapovat stav herní práce u nás. Kladla jsem si otázky např. jak je u nás herní práce rozšířená, kdo se jí věnuje a jaká motivace ho k ní přivedla, co je konkrétní náplň práce herních specialistek, jaké mají ke své práci podmínky, jaké řeší problémy, co je na jejich práci uspokojuje, jaké změny by uvítaly, jak se cítí v týmu zdravotníků, jaké jsou osobnostní předpoklady pro herní práci, jaké vidí limity v péči o hospitalizované dítě a jeho rodinu, kde čerpají sociální oporu, jaké mají zkušenosti se syndromem vyhoření, kam postoupil vývoj herní práce za zhruba 10 až 15 let, kdy u nás funguje.

Pro tento účel jsem zvolila kvalitativní zkoumání, protože mým cílem bylo udělat sondu do nového přístupu o hospitalizované děti. Provedla jsem polostrukturované rozhovory se třinácti herními specialistkami, zároveň jsem při tom navštívila jejich oddělení, kde pracují.

Diplomová práce sestává ze dvou velkých částí: teoretické a praktické.

V teoretické části se zabývám v 1. kapitole herní prací jako takovou, popisuji ji, nastiňuji její historii, představuji náplň práce herních specialistek a současný stav tohoto oboru u nás. Odlišuji ji od herní terapie.

Ve 2. kapitole probírám jednotlivá témata, se kterými se herní specialistky při své práci s dítětem a jeho rodinou setkávají. Za stěžejní považuji nemoc samu, hospitalizaci, reagování rodiny na nemoc dítěte, strach a úzkost, kterou dítě prožívá, bolest, kde děti, jejich rodiče i herní specialistky hledají a nacházejí sociální oporu a jaké etické problémy se v herní práci objevují. Všechna uvedená témata nejprve představuji, uvádím základní informace a následně je aplikuji na práci herních specialistek, hledám, co mohou herní specialistky ve své práci využít. Tím se rýsují hranice jejich působení, jejich kompetencí a nastiňují se meze, kdy herní specialistka předává dítě či rodinu jinému odborníkovi, např. psychologovi.

3. kapitola je zaměřena více na to, jak herní specialistky vnímají svou profesi, kde jsou oblasti, v nichž lze prohloubit jejich vzdělávání, konkrétně se zabývám supervizí a sebezkušenostním výcvikem, a konečně jak herní specialistky hodnotí svou pracovní spokojenost a kariéru.

Empirická část představí samotný výzkum:

Nejprve v 1. kapitole cíl zkoumání, jímž je zmapovat současný stav herní práce v České republice a popsat profesi herních specialistek a tím přispět k reflexi této relativně nové profese.

Dále jsem ve 2. kapitole popsala metodologické aspekty - vzhledem k cíli provést sondu do problematiky jsem zvolila kvalitativní zkoumání a polostrukturovaný rozhovor.

3. kapitola představí způsob, jakým jsem provedla malý předvýzkum.

Ve 4. kapitole jsem se podrobněji zabývala zkoumaným vzorkem respondentek: jaké jsem stanovila kritérium pro zařazení do vzorku, jak jsem získala herní specialistky ke spolupráci, charakterizují celý vzorek a jednotlivě představují respondentky.

V 5. kapitole jsem vytvořila přehled získaných dat: jmenuji témata, na která jsem se respondentek dotazovala, jak jsem dílčí témata postupně doplňovala (tři) a vypouštěla (dvě) a z jakých důvodů, popisuji realizaci sběru dat resp. za jakých okolností rozhovory probíhaly, jaké úpravy rozhovorů jsem před citováním v textu provedla (při zachování jejich významu) a konečně interpretace získaných dat. Obsahy rozhovorů jsem na základě osnovy rozhovoru rozčlenila do devatenácti témat, která jsem shrnula, doložila výstižnými a zajímavými citacemi respondentek a pro lepší přehled zanesla do tabulek, které jsou zařazeny do oddílu Přílohy.

V 6. kapitole Diskuze zhodnotím postup výzkumu, jeho přínos a limity.

V 7. části Shrnutí se pokusím o syntézu získaných poznatků.

V Závěru shrnu diplomovou práci jako celek.

Dále je zařazen seznam literatury, kterou jsem při psaní diplomové práce použila.

Připojena je část Přílohy, která přináší jednak konečnou verzi osnovy polostrukturovaného rozhovoru, kterou jsem používala, a jedna přehledné srnutí témat v podobě tabulek.



# **TEORETICKÁ ČÁST**

## **1. Koncept herní práce**

### **1.1. Pojmy**

V literatuře se setkáváme s různými pojmy - herní práce, herní terapie, terapie hrou, hrová terapie. Dříve panovala nejednoznačnost poměrně velká, časem se označení ustaluje tím, jak odborníci hledají a nacházejí shodu v terminologii.

To, o čem pojednává tato diplomová práce, se v současnosti označuje jako herní práce a lidé, kteří se jí věnují, jako herní specialisté, příp. herní pracovníci.. Ovšem v 90.letech, kdy k nám tento koncept přicházel z Velké Británie, se začalo používat označení herní terapie, herní terapeut. Články z 90.let tedy hovoří o herní terapii, novější texty o herní práci a předmět je v obou případech stejný.

### **Herní práce**

Herní práce je v našem zdravotnictví poměrně nový fenomén. Je to nová zdravotnická specializace, přístup, který obohacuje snahu o komplexní péči o nemocné děti hospitalizované v nemocnici a o jejich rodiče. Do České republiky přišla z Velké Británie v polovině 90.let 20.st. díky kontaktům českých a britských zdravotníků.

Jak název napovídá, významné místo v tomto konceptu má hra. Hra je pro dítě přirozená součást života, je pro ně prostředkem, díky němuž poznává okolní svět, experimentuje, navazuje kontakty a komunikuje s druhými lidmi, vyjadřuje své pocity. Dítě prostřednictvím hry uvolňuje negativní emoce, vyrovnává se se stresem a životními obtížemi. Zkušenosti ukázaly, že pokud je oslabené (nemocné) dítě v cizím prostředí (nemocnice) ponecháno samo, hraje si méně kreativně, s menším nasazením, soustředěním, kratší dobu, stává se pasivnějším, příp. regreduje ve vývoji. Pokud však má ve hře pomocníka, lze tyto tendence odvrátit či zmírnit. Takovým pomocníkem může být rodič (jako zdroj bezpečí, jistoty, opory) nebo herní specialista (jako odborník na hru nemocných dětí). Herní specialista dokáže připravit program her tak, aby to pro dítě bylo bezpečné, aby ho hraní zaujalo a bavilo, aby se hraním odreagovalo a uvolnilo.

Dále je herní specialista na dětském lůžkovém oddělení v roli průvodce hospitalizací, prostředníkem mezi rodinou a personálem.

Dokáže pomocí hry připravit dítě na vyšetření a léčebné postupy, zejm. na ty, které dítě nezná, které jsou nepříjemné či bolestivé. Cílem takové herní přípravy je:

- zvýšit schopnost dítěte zvládat zátěžové situace, dodávat mu odvalu a posilovat jeho sebedůvěru
- pomoci dítěti, aby porozumělo své nemoci i způsobu jejího léčení
- zvyšovat důvěru dítěte ve zdravotníky, posilovat kladná očekávání
- získávat dítě pro spolupráci
- redukovat chybné názory dítěte, jeho rizikové fantazijní představy
- zkracovat pobyt v nemocnici a urychlovat období rekonvalescence
- umožňovat dítěti, aby mohlo vyjádřit své emoce
- redukovat jak krátkodobé, tak i dlouhodobé nepříznivé důsledky hospitalizace dítěte.

(Mareš, Zdeňková, 2001, s.26-28)

Úkoly herní práce lze shrnout:

- seznámení dítěte a jeho rodiny s prostředím a chodem oddělení
- zbavení dítěte a rodičů strachu, získání ke spolupráci se zdravotníky při péči o dítě a léčbě
- vysvětlení onemocnění
- cílená příprava na zákrok, přehrávání zkušeností po zákroku
- pomoc při zvládání zátěžových situací
- kvalitní využití volného času, zejm. formou rekreační hry
- navozování klidné a příjemné atmosféry
- spolupráce s dětmi všech věkových kategorií a jejich rodinami (podle věku v různém poměru - u kojenců a batolat především s rodiči, čím je dítě větší, tím více přímo s ním)
- podpora rodiny. (Řezníčková, 2000, s. 11-12; Zdeňková, 2001, s.51)

Z tohoto přehledu je patrné, že se stále více akcentuje péče o celou rodinu dětského pacienta a provázení. Viděno tímto trendem, zdá se, že pojem herní práce nepostihuje celou širší problematiku, které se herní specialista věnuje.

### Stručná historie

Herní práce má kořeny v polovině 50.let 20.st. ve Velké Británii. James Robertson a jiní zdravotníci začali upozorňovat, že péče o hospitalizované děti ohrožuje jejich psychiku a neprospívá léčbě. Ke stejnému závěru došla i tzv. Plattova zpráva v roce 1959. To vyvolalo iniciativu zdravotníků i laické veřejnosti a v roce 1961 založili hnutí dnes fungující pod názvem Action for Sick Children.

Dítě má právo na hru, a to i v nemocnici. Proto se v roce 1963 rozběhl program, který měl vyzkoušet zařazení hry do nemocnic jako součást ošetrovatelského plánu každého dětského pacienta. V roce 1972 "Expertní skupina pro hru" doporučila, aby v každé nemocnici působili odborně vyškolení herní pracovníci. V roce 1976 v Anglii vznikla odborná společnost National Association of Hospital Play Staff, která se zabývá zlepšováním kvality hry pro všechny děti v nemocnici. Šetření v roce 1996 ukázalo, že 56% anglických nemocnic mají herního specialistu. (Mareš, Zdeňková, 2001, s.26-28; Dlouhá, 2006, s.24) Je zřejmé, že hra v nemocnici dětem pomáhá, výsledkem je nižší spotřeba anestetik. Bylo by užitečné, kdyby všechny děti pobývající v nemocnici, měly možnost se denně setkávat s herním specialistou. Herních specialistů přibývá, ale stále jsou potřeba další. (Dix, 2004, 7-26)

U nás od 60.let fungovaly při nemocnicích speciální mateřské a základní školy a jejich učitelky se dětem věnovaly, usnadňovaly jim pobyt v nemocnici, a to i prostřednictvím hry. V 90.letech paní Peg Belson a MUDr. Olga Starková k nám přinesly myšlenku o nezastupitelnosti hry pro nemocné děti. Nabídky zprostředkovat českým odborníkům zkušenosti z Velké Británie mj. formou stáží a školení v anglických nemocnicích. Řada pracovišť této možnosti využila a také vyčlenila jednoho člena personálu, aby se věnoval hře s dětmi. (Mareš, Zdeňková, 2001, s.26-28; Dlouhá, 2006, s.24)

### Herní terapie

Herní terapie je široce používaný přístup k řešení problémů dětí v oblasti emocí i chování. Děti na rozdíl od dospělých raději komunikují prostřednictvím hry a konkrétních činností, hra je pro děti přirozený prostředek pro vyjádření sebe sama. Prostřednictvím hry si dítě může ze sebe "vyhrát" své pocity a problémy a terapeut mu při tom pomáhá lépe pochopit, co se děje, porozumět sobě, změnit to, co je nevhodné. Přestože psychoterapeuté pracují s dětmi už od začátku 20.st., byla herní terapie jako specifická metoda práce ustavena až v roce

1982. O přibližně dvacet let později, v roce 2003, se jí věnovalo už přes 4,5 tisíce profesionálů, což svědčí o velkém zájmu o herní terapii.

Ve vývoji herní terapie je několik významných osobností, které ji výrazně ovlivnily. Od začátku 20.st. se hra používá jako způsob psychologické práce s dětmi, protože to je dětem vlastní a přirozený způsob vyjadřování. Za zakladatelky herní terapie jsou považovány Anna Freud a Melanie Klein, které použily hru místo metody volných asociací. David Levy a Gove Hambidge více strukturovali hru i používané materiály, protože hru chápali jako prostředek k dosažení katarze, očištění. Naopak Virginia Axline se inspirovala přístupem Carla R. Rogerse a zformulovala zásady pro vedení nedirektivní herní terapie, hru chápala jako přirozený způsob dětského vyjadřování, důvěřovala dětským možnostem řešit své problémy prostřednictvím hry. Její přínos spočívá v tom, že herní terapii zpopularizovala a získala následovníky. Ti posílili důležitost akceptování dítěte a díky tomu mluvíme o herní terapii zaměřené na dětského klienta. Bernard a Louise Guerneyovi rozšířili zacílení herní terapie, začali pracovat i s rodiči, jejichž děti procházely herní terapií. Vytvořili program, v němž se zhruba jeden rok rodiče účastnili tréninkově-supervizní skupiny a zároveň jednou týdně absolvovali herní sezení se svými dětmi. V této myšlence pokračoval Gary Landreth. Zjistil, že časová a finanční náročnost předchozího modelu některé rodiče odrazuje od účasti a spolupráce, proto rodičovské skupiny zkrátil na deset setkání a práci obohatil o videotréninkové prvky. V posledních dvaceti letech jednotliví zastánci propojují herní terapii s jinými přístupy, vznikly např. gestaltová herní terapie, adleriánská, ekosystémová či zaměřená na budoucnost. Jiný přístup dělí herní terapii jednoduše na direktivní (terapeut předkládá dětem hry a techniky, kterým se děti věnují) a na nedirektivní (terapeut je zdrženlivý, nechává dítěti prostor pro spontánní hru a pracuje s ní; podrobně Rezková, 1999). Také se začala zkoumat účinnost herní terapie. Je patrné, že ve své více než stoleté historii prošla herní terapie vývojem, zformovalo se několik teoretických a metodologických přístupů, ale všechny se shodují v tom, že chtějí pomáhat dětem zvládat jejich psychické a sociální problémy a dále se zdravě vyvíjet. (Bratton a další, 2005, s.376-390)

Herní terapie dává dítěti možnost vyjádřit své pocity hrou, dítě není omezeno slovním vyjadřováním, ale své zážitky přímo přehrává.

Při práci se používají různé hračky a materiály. Jsou voleny tak, aby splňovaly několik požadavků:

- navozují pozitivní vztah dětí k nim
- umožňují vyjádřit širokou škálu pocitů
- hračku lze plně prozkoumat
- umožňují dětem zjišťovat limity
- navozují porozumění
- rozvíjejí sebekontrolu.

Jako minimální výbavu do herny se doporučují tři typy hraček a materiálů: hračky z reálného života (panenky, domeček, nábytek aj.), hračky umožňující uvolnit agresi (hrací pistole, vojáčky) a umožňující vyjádřit emoce (maňásci aj.).

Prvotní vztahy mezi dítětem a terapeutem jsou v herní terapii navozeny už tím, jak terapeut dítěti představí hernu, osvědčuje se příliš o vztahu a herně nemluvit a raději dát dítěti prostor, aby si samo na vlastní kůži zakusilo, že herna je bezpečné místo. Je lepší, když tuto skutečnost dítě zjistí vlastním prožitkem, než kdyby se ji terapeut pokoušel sdělit slovy. (Landreth, 2002, s.529-535)

Jedním ze stěžejních problémů v herní terapii je nastavování limitů. Není to jednoduché, protože herní terapie přistupuje k dítěti nedirektivně. Bohužel to bývá až poslední téma, o které se herní terapeuté zajímají, přestože stanovování limitů je klíčová dovednost. Jak tedy nedirektivně určit hranice? Cesta vede prostřednictvím pochopení významu limitů: Limity mají definovat hranice ve vztahu mezi terapeutem a dítětem. Jejich smyslem je zajistit bezpečnost fyzickou i emoční. Hranice ukotvují terapeutické setkání v realitě. Chrání terapeuta a jeho schopnost projevovat dítěti akceptování. Dítě díky limitům může dítě vyjadřovat své negativní pocity bez zranění. Platí zásada nenastavovat limity, dokud nejsou potřeba. Tato potřeba vyvstává obvykle v okamžiku, kdy je dítě agresivní vůči terapeutovi nebo herně a jejímu zařízení, když se jeho chování stane sociálně neakceptovatelným, když dítě svým chováním ohrožuje své zdraví a bezpečnost, když dítě postihne nepřiměřený afekt anebo když dítě svým chováním výrazně naruší zvyky panující v herně.

Když k porušení limitů dojde, doporučuje se, aby terapeut dal dítěti najevo, že ho chápe a že s ním zůstává (porušení limitů je chápáno jako volání o pomoc dětí s nízkou sebedůvěrou), aby jednoznačně sdělil, kde je hranice, ještě před jejím faktickým přestoupením, aby dítěti nabídnul možné alternativy a žádal od dítěte, aby se pro některou z možností rozhodlo. (tamtéž)

Aktuálním tématem vzhledem k našemu globalizovanému světu je práce s dětmi, které pocházejí z jiného kulturního prostředí než herní terapeut. Aby herní terapeut prováděl herní terapii eticky, musí se stát kompetentním, pokud jde o rozmanitost kultur. Terapeut potřebuje kulturní hodnoty a zvyky svého klienta chápat a respektovat historické, psychologické, sociologické i politické dimenze života dítěte a jeho rodiny. Terapeut potřebuje komunikovat s rodiči o problémech dítěte, průběžně si ověřovat, že je dobře chápe a že nedochází k nedorozuměním. Je užitečné, aby herní terapeuté aktivně vyhledávali možnosti, jak pochopit kulturu svých klientů, např. návštěvou jejich kostelů apod. Pod vlivem akceptování odlišné kultury však nesmí opomíjet individuální odlišnosti - dvě děti se stejnými kulturními kořeny nejsou stejné a terapeut k nim musí přistupovat individuálně. Terapeut je často postaven před potřebu pozměnit koncept herní práce a zrevidovat dosud nedotknutelné principy. Např. terapeuté ovlivnění evropským prostředím nepřijímají od svých klientů dárky. Ale je mnoho jiných kultur, kde je zvykem, že rodiče dávají dárky lidem, kteří pečují o jejich dítě, a vyjadřují tím úctu a respekt jejich práci. (O'Connor, 2005, s.566-573)

Direktivní herní terapie pracuje tím stylem, že dětem předkládá různé hry. Pro tento účel existují sborníky vhodných technik. Hall a kol. představují patnáct technik, které vyvinuli sami autoři a vyzkoušeli je ve své praxi. Tyto techniky jsou účinné, pro děti zábavné, s nízkými náklady a snadno proveditelné. Jsou určené dětem ve věku 4-12 let a tématicky se věnují různým problémům, např. úzkost, deprese, impulzivnost aj.

Některé z nich by ve své práci v nemocnici mohly použít herní specialistky, na ukázkou popíšeme jednu z her.

Přehlídka strašidelných klobouků:

Jde o kresebnou zábavnou techniku, která dětem umožní podívat se na své strachy a obavy. Pro většinu dětí je příjemnější vyjádřit svůj strach prostřednictvím kresby než prostřednictvím slov. Navíc vítají, když svůj strach odhalují postupně, v několika krocích.

Potřebný materiál: papír a pomůcky na kreslení (pastelky, fixy, barvy, křídly aj.).

Popis techniky: Terapeut zadá dětem, aby nakreslily něco, co je pro ně příjemné, bezpečné, např. oblíbenou činnost. Když děti dokreslí, povídají si s terapeutem o svých obrázcích. Potom terapeut děti vyzve, aby si vzpomněly na něco, z čeho mají strach, a pak to do obrázku přikreslily. Poté obrázek znovu doupřeví - tomu, čeho se bojí, můžou nasadit legrační klobouk, můžou domalovat statečného superhrdinu, které nebezpečnou věc změní v neškodnou či zajímavou. Po dokončení a prohlédnutí obrázků terapeut pronese větu ve smyslu: Je úžasné, jak mnoho dětí dokáže změnit příšeru na obrázku v něco málo děsivého, a jak umí podobnou změnu provést i ve své hlavě!

Použití: Technika se hodí pro předškolní a školní děti. Je účinná pro děti, které trpí běžnými strachy, a také pro děti s úzkostnou poruchou. Lze provést obměnu a místo kreslení můžou děti své obavy vymodelovat.

Existuje podobná technika - kresba zlého snu, která zpracovává noční můry dětí. Mnoho dětí své strachy redukuje a kreslí noční můry, protože ve spánku nad tím, co je děsivé, nemají kontrolu. Pak si dítě může vybrat, co s obrázkem udělá, např. roztrhá ho, překreslí černou barvou apod. (Hall, 2002, s.519)

## **1.2. Náplň práce herních specialistek**

### **Herní specialistka**

Profese herní specialistky může být pro mnoho zdravotnických pracovníků i uživatelů zdravotní péče (dětí a jejich rodiče) stále neznámá nebo známá jen zčásti, přestože herní specialistky působí v českých nemocnicích již od 90.let, a to zejm. díky kontaktům s britskými lékaři. Jen málokteré dětské lůžkové oddělení tuto pracovníci má ve svém týmu.

Herní specialistka je odborný pracovník, který se může uplatnit v dětských zdravotnických zařízeních - na lůžkových odděleních nemocnic i v ambulancích lékařů, v jiných institucích pečujících o děti (např. hospic) i v domácí péči. Pracuje s dětskými a dospívajícími pacienty a jejich blízkými, obvykle rodiči. Jejím úkolem je pečovat o psychický



stav svých klientů tak, aby situace související s nemocí či úrazem, vyšetřením, léčbou, rehabilitací, hospitalizací aj. nesli co nejlépe - aby věděli, co je čeká, chápali, proč se různá vyšetření a zákroky dějí, aby usilovali o léčbu a uzdravení, a aby při tom dobře spolupracovali se zdravotníky. V rámci péče o psychický stav je herní specialista k dispozici při zvládání úzkosti, strachu, smutku, deprese, bolesti. Všechny tyto úkoly a cíle vycházejí z předpokladu, že vhodně informovaný a motivovaný pacient, kterému se dostává podpory, se uzdravuje rychleji a s méně komplikacemi, než pacient, který se neorientuje v situaci, nechápe, v čem spočívá dobrý přístup, příp. na něj doléhá úzkost, strach, deprese aj. Svým přístupem humanizuje léčebnou péči, např. tím že pomáhá zvládat bolest, strach, úzkost zejm. psychoprophylakticky.

### **Role herní specialistiky**

"Herní specialista pečuje především o dobrý psychický stav dětí, včetně kojenců a mladistvých, a o jejich rodiče. Jeho přístup k dítěti a rodině je zásadně nedirektivní. Cílem jeho práce není dítě měnit, vychovávat nebo poučovat, ale citlivě a laskavě ho provést všemi úskalími hospitalizace.(...) Herní specialista je dítěti rovnocenným partnerem, společníkem, průvodcem, který dítě akceptuje a koná v jeho zájmu, respektuje jeho práva". (Řezníčková, in Valenta 2003, s. 146)

Veškeré vztahování se k pacientovi a jeho rodině má z hlediska herní specialistiky charakter nabídky a pacient se rozhoduje, jestli ji přijme, nebo ne. K pacientovi přistupuje jako k rovnocennému partnerovi, ne z pozice vnější autority či moci. Usiluje o navození otevřené komunikace a důvěry. To nejdůležitější, co herní specialista hospitalizovanému dítěti a jeho rodině nabízí, je vztah. Díky němu se na ni dítě může obracet se svými otázkami, ptát se na vše, co potřebuje vědět a co ho zajímá, může se svěřit se svými obavami, smutkem, pochybnostmi i radostmi a úspěchy. Tím nijak nesupluje úkoly lékařů, psychologa a dalších ošetřujících odborníků, ale stává se v oblasti péče o psychický stav pacienta dalším kolegou.

Herní specialista je pro dítě a jeho rodinu v nemocnici kontaktní osobou, provází je celou hospitalizací. Je k dispozici samozřejmě všem pacientům, přednostně však rodinám rizikovým, zažívajícím krizovou situaci, obtížně se adaptujícím, zatíženým špatnou zkušeností a dětem hospitalizovaným bez blízké osoby, handicapovaným a dětem z ústavů a dětských domovů. (tamtéž, s. 147)

Herní specialista se v očích dítěte stává pevným bodem v chodu celého oddělení mj. tím, že pracuje na jednosměnný provoz.. Dítě se snadno zorientuje v tom, že tuto pracovníci má k dispozici každý všední den v pravidelnou dobu, zatímco sestry a lékaři se střídají ve směnách, což je pro dítě i rodiče nepřehledné, neví, kdo přijde na další směnu. I díky tomu herní specialista funguje jako komunikační most mezi rodinou a personálem.

"Herní specialista zastává roli průvodce dítěte při jeho pobytu v nemocnici. Jeho úkolem je seznámit dítě s nemocničním prostředím, režimem oddělení, připravit je na zákrok či vyšetření, být mu na blízku kdykoliv je to potřeba, a vhodnými aktivitami vyplnit jeho volný čas. (...) Kromě výše uvedeného se také podílí na úpravě interiéru dětského oddělení, přípravě vhodných pomůcek a materiálů, zabývá se osvětou a preventivní činností ( např. návštěva MŠ v nemocnici), případně jinými iniciativami. Hlavní náplní herního specialisty však zůstává práce s dětmi na lůžkovém oddělení". (Veselá, in Valenta 2003, s.183)

Lze shrnout činnosti, kterým se herní specialista na lůžkovém oddělení věnuje:

Dětem a jejich rodičům:

- pomáhá zvládat adaptaci na nemocniční prostředí a pobyt na oddělení, seznamuje s režimem na oddělení
- poskytuje podporu při vyrovnávání se nemocí, úrazem, zákrokem
- informuje, co dítě čeká - o co jde při diagnostickém či léčebném zákroku
- podle potřeby doprovází na vyšetření
- poskytuje krizovou intervenci
- nabízí dětem možnosti, jak trávit volný čas (hry, čtení, výtvarné činnosti, práce s počítačem - podle možností dítěte a oddělení)
- je nablízku, stává se průvodcem, společníkem, důvěrníkem
- předchází subdeprivaci dlouhodobě hospitalizovaných dětí
- estetizuje nemocniční prostředí a co nejvíc ho přibližuje známému prostředí domácímu a školnímu.

Námětů a možností, co by mohlo být náplní práce herní specialistiky, je velké množství. Při hledání náplně práce je nutno vycházet na jedné straně z možností konkrétní nemocnice, oddělení a na straně druhé z možností konkrétní herní specialistiky - každá má své silné stránky, své limity, své preference (např. v oblasti volnočasových aktivit).

### **Postavení herních specialistek**

Český systém zdravotnické péče resp. právní normy pracovní zařazení či specializaci "herní specialista" nezná. Personálním zabezpečením se zabývají mj. zákon 96/2004 Sb. a na něj navazující vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR 424/2006 Sb., které stanovují činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (viz vyhláška). Tyto předpisy stanovují pracovní činnosti např. všeobecné sestry, ertoterapeuta, zdravotně-sociálního pracovníka, dětské sestry, odborného ergoterapeuta, klinického psychologa, dětského klinického psychologa aj. Profese herní specialista v těchto předpisech ustanovena není.

Přesto herní specialistky v nemocnicích pracují. Praxe je obvykle taková, že toto pracovní místo vytváří primář / přednosta oddělení, často po dohodě s konkrétní pracovnící. Většina respondentek na svém pracovišti původně působila v profesi zdravotní sestry nebo učitelky mateřské či základní školy při nemocnici a o herní práci projevila zájem. Další postup se u sester i učitelek liší: zdravotní sestra se ve většině případů dohodla s vedoucí/m oddělení na vytvoření tohoto pracovního místa. Konkrétní herní specialistka tedy mj. potřebuje v osobnostní výbavě iniciativnost a průbojnost. Jako nevýhoda se na první pohled jeví fakt, že herní specialistka pracuje na místě obvykle zdravotní sestry nebo ergoterapeuta, a to na jednosměnný provoz, tzn. pracovníc na ošetrovatelskou péči je na oddělení o jednu méně, než by mohlo být, a tak bychom mohly očekávat nespokojenost sester z důvodu vyšší pracovní zátěže. Při podrobnějším pohledu se ale ukazuje, že sestry přítomnost herní specialistky oceňují, protože zastane část práce, kterou by sestry musely vykonat. Jde tedy o přerozdělení části pracovní náplně, kdy se herní specialistka stává specialistkou na péči o rodinu hospitalizovaného jako celek, systém. V případě učitelek se jejich pracovní zařazení obvykle nemění, zůstávají učitelkami a své profesní dovednosti obohacují o herní práci. (Řezníčková, ústní sdělení, 2005)

Fakt, že v případě zdravotních sester toto pracovní místo vytváří vedoucí oddělení, přináší pozitivní zisk, a to v podobě podpory herní specialistky a její práce primářem/přednostou, což je důležité především v začátcích působení herní specialistky na oddělení. Na druhou stranu je tu i negativní aspekt, kdy herní specialistka je hodnocena platem zdravotní sestry na jednosměnném provozu (viz mzdové tabulky v příspěvkových organizacích), zatímco většina herních specialistek má vzdělání vyšší než středoškolské, obvykle bakalářské. Jejich vzdělání tedy není finančně oceněno.

Herní specialista je členkou pracovní skupiny na oddělení. Vzhledem ke své pracovní náplni se stává součástí týmu tvořeného lékaři vč. vedoucí/ho oddělení, sestrami, ošetrovatelkami, příp. psychologem, sociální pracovníci. Začátky v nové pozici nebývají podle výpovědí respondentek snadné zejm. proto, že sestry ani lékaři vlastně moc nevědí, co od herní specialistiky v jaké situaci mohou očekávat, v čem může být nápomocná, co naopak by bylo pro tuto pozici kontraproduktivní. Takže začátky bývají hlavně ve znamení hledání si vlastní role v pracovní skupině a stanovování si hranic. Konflikty vznikají zejm. právě kvůli nejasnosti pracovní náplně a jednak i proto, že herní specialista chce být zejm. průvodcem rodiny a chránit její zájmy, což někdy přináší i situace, kdy se snaží pomoci uspokojit požadavky rodiny, což může být v rozporu se zaběhnutým stereotypem a chodem oddělení. Řešení těchto konfliktů je nutno hledat v diskuzích a vyjasňování představ a požadavků, aby se průhledně rozdělily úkoly a pravomoce, a tím vytvořil fungující tým, kde každý má svou roli, respektuje ostatní a sám je jimi respektován. Herní specialistiky se obvykle cítí dobře a pevně včleněny, avšak tohoto včlenění často nedosahují snadno a trvá v řádu měsíců. (Řezníčková, ústní sdělení, 2005)

Přímou nadřízenou herní specialistiky bývá vrchní sestra oddělení. Pokud se herní práci věnují učitelky mateřské či základní školy při nemocnici, pak přímou nadřízenou bývá ředitel/ka této školy.

### **1.3. Současný stav herní práce u nás**

"Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici" je zájmové sdružení fyzických i právnických osob, které se věnují herním programům v nemocnicích, i příznivců těchto programů. Podporuje herní práci a nemocniční hru, coby postupy, které pomáhají nemocnému dítěti i jeho rodině vyrovnat se s nemocí a hospitalizací v nemocnici, s úzkostí a strachem z lékařských zákroků i s bolestí. Jejím cílem je zavést herní službu prováděnou kvalifikovaným herním pracovníkem na všechna dětská oddělení nemocnic. Věnuje se osvětě a vůbec rozšiřování myšlenky a postupů herní práce mezi odborníky i laiky, vytváří a distribuuje informační materiály, vydává odborný časopis (Valenta, 2003, s.141), objasňuje práci herního pracovníka, její smysl a přínos. Usiluje o rozvoj vzdělávání v tomto poměrně novém oboru.

Má statut občanského sdružení, zhruba 60 členů, působí na celém území republiky a na Ministerstvu vnitra ČR je registrováno od roku 1999. Je členem NAHPS, což je renomovaná profesní organizace britských herních specialistů.

#### Plány na přeměnu v profesní organizaci

Valná hromada v prosinci 2005 projednávala návrh na přeměnu v profesní organizaci. Ta by měla dvě sekce resp. dvojí členství - odborní pracovníci a sympatizanti, členství by bylo nepovinné. Tento návrh vychází z ideje, že profesní organizace je garantem dané profese, SHP má ambice zařizovat práci herních pracovníků, výzkum, vzdělávání a tím garantovat odborný růst profese, mít svůj etický kodex závazný pro členy profesní sekce, být partnerem pro zaměstnavatele v případě např. diskuze o obsahové náplni práce herního pracovníka.

#### Katalogizace profese

V současné době náš zdravotnický systém nezahrnuje pracovní pozici herního specialista. Herní práci se věnují jednak zdravotníci a jednak pedagogičtí pracovníci. Často při tom vycházejí ze svého vzdělání a zkušeností buď zdravotnických nebo pedagogických a druhou dimenzi si doplňují formou seminářů a kurzů. Na svém pracovišti jsou obvykle vedeny jako zdravotní sestry a/nebo učitelky mateřských a základních škol při nemocnicích.

Herní práce je komplexní a svébytný obor, proto hlavně ze strany SHP je velká snaha tento "obor oficiálně uznat, vytvořit jeho obsah a ustanovit kompetence těchto specialistů". (Řezníčková in Valenta, 2003, s.145)

Na jaře roku 2001 na Ministerstvu zdravotnictví ČR začala jednání o zřízení oboru „herního specialista“ a zařazení těchto pracovníků mezi jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví. (Valenta, 2003, s.141) SHP chce o katalogizaci této profese dále usilovat. Vzhledem k tomu, že herní pracovník má být členem týmu, směřuje vývoj k tomu, že by měl být spíše zdravotník než pedagog. Proto chtějí zařadit tuto profesi do seznamu zdravotnických pracovníků, do kategorie "jiný zdravotnický pracovník". Jiná cesta by mohla vést přes zařazení do kategorie "nelékařské profese ve zdravotnictví". Otázka, jaké by bylo postavení pedagogických pracovníků, kteří využívají postupy herní práce, nebyla na valné hromadě v roce 2005 diskutována.

Chtějí zavést dva kvalifikační stupně: herní asistent (s požadavkem na středoškolské vzdělání) a herní specialista (absolvent vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání), lišili by se svými kompetencemi i platovým zařazením.

Pro katalogizaci profese je potřeba splnit dvě podmínky - jednak jasně definovat náplň profese a jednak mít akreditovaný vzdělávací program.

#### Náplň práce

Přehled činností a kompetencí herního pracovníka je obsáhlý a zahrnuje činnosti nejen s nemocnými dětmi a jejich rodinami, ale i s dětmi zdravými, hledá individuální přístup ke každému z nich, spolupracuje s ostatními zdravotníky a kolegy, věnuje se osvětě a humanizaci prostředí dětských nemocničních oddělení atd. Na těchto a dalších činnostech a kompetencích, jak je uvádí Řezníčková, se herní pracovníci shodují a tento přehled poslouží i při usilování o katalogizaci profese.

#### Přehled činností a kompetencí herního specialisty:

- Herní specialista je samostatný odborník, který provádí specifickou činnost zaměřenou na děti a jejich rodiče.
- Poskytuje své služby v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení i na JIP.
- Poskytuje služby i zdravým dětem v rámci specifických osvětových programů.
- Zajišťuje ambulantní programy připravující dítě a jeho rodinu na plánovanou hospitalizaci.
- Zajišťuje s polu s ostatními členy týmu přátelské, bezpečné a pro dítě vhodné nemocniční prostředí.
- Doplnuje a zprostředkovává informace o potřebách konkrétního dítěte ostatním zdravotníkům.
- Zjišťuje zájmy a normální aktivity dítěte, a podle toho navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit.
- Vytváří a eviduje vhodné herní programy pro děti různého věku, zdravotního stavu a stupně postižení.
- Poskytuje individuální péči dětem se speciálními potřebami.
- Pomocí hry přiměřené stupni vývoji a věku pomáhá dítěti porozumět nemoci a léčbě.
- Pomáhá dítěti a jeho rodičům lépe a rychleji se přizpůsobit nemocničnímu prostředí.

- Provází rodinu dítěte po dobu hospitalizace, je pro ně kontaktní osobou.
- Koordinuje informování dítěte i rodičů, dbá na srozumitelnost a návaznost informací.
- Přednostně se věnuje rodinám hůře se adaptujícím, se špatnou zkušeností, dětem na JIP a v pre-terminálním stádiu a jejich rodinám, dětem hendikepovaným a bez doprovodu blízké osoby.
- Přípravuje děti a jejich rodiče na plánované zákroky, doprovází je a při vyšetření vhodně odvádí pozornost dítěte.
- Dohlíží na provoz v herně, stará se o bezpečnost dětí, doplňuje nové hračky a herní materiály.
- Pečuje o výzdoby oddělení.
- Spolu s ostatními pracovníky připravuje vhodné informační pomůcky a materiály pro děti a rodiče.
- Podílí se na tvorbě postupů, které zajišťují jednotnost řešení dané situace celým týmem.
- Vede a školí dobrovolníky a herní pracovníky ve výcviku.
- Je řádným členem zdravotnického týmu, komunikuje s ostatními členy týmu, zúčastňuje se vizit, podílí se na vedení zdravotnické dokumentace pacienta. (Řezníčková, in Valenta, 2003, s. 106-107)

#### Vzdělávání

Od zhruba poloviny 90. let se nabízí resp. nabízelo několik možností, jak se prostřednictvím studia s herní prací seznámit. Vzdělávací kurzy jako první začal organizovat Nadační fond Klíček, zprvu třívíkendové, poté sedmivíkendové kurzy včetně praxe, v obou modelech byla součástí týdenní stáž v nemocnicích v Anglii, kde absolventky kurzu mohly vidět herní práci a specialistky v praxi.

V současné době se herní pracovníci vzdělávají na Fakultě humanitních studií UK v Praze ve spolupráci se Střední zdravotnickou a vyšší odbornou školou zdravotnickou v Plzni a Nadačním fondem Klíček; nejedná se o samostatný akreditovaný obor. Jde o třísemestrální program, otevřený zájemcům zvenčí a/i studentům FHS. Student FHS v průběhu studia svého bakalářského oboru může absolvovat v rámci volitelných předmětů kurzy z oboru herní práce a po složení státní závěrečné zkoušky získá spolu s diplomem i certifikát potvrzující vzdělání v programu "Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči". První běh

tohoto programu ukončilo 16 absolventů v roce 2004, druhý běh zakončí další studenti v roce 2006. (Královci, 2005, s.2) Ve školním roce 2005-2006 se poprvé uskuteční blokový kurz o herní práci v rámci studia akreditovaného navazujícího magisterského oboru na FHS "Řízení a supervize v neziskových organizacích", pro zájemce se otevřou další tři bloky, čímž za dva roky vystudují první magisterští odborníci v oboru herní práce. SHP by tak naplnila svoji ideu o bakalářském i magisterském vzdělání s doložkou o herní specializaci k diplomu. Toto by bylo vzdělání pro určité přechodné období. Diskutuje se o tom, že do budoucna by SHP usilovala o vznik akreditovaného magisterského oboru "Herní specialista pro domácí a institucionální péči".

Třetí cesta vedla prostřednictvím tříměsíčního specializačního studia na Pedagogické fakultě UPOL v Olomouci v oboru herní specialista - dramaterapeut. Pro malý zájem uchazečů se tu však v současnosti nestuduje, ale škola deklaruje ochotu ho při naplnění kapacity znovu otevřít. Zároveň tu připravují studijní program pro obor speciální pedagog - herní specialista, a to v bakalářském a poté i v navazujícím magisterském studiu.

SHP plánuje i další vzdělávání, a to formou odborných seminářů a intervize či supervize.

#### Kodex výkonu profese

Dobré profesní jednání zahrnuje profesní praxi (tj. zvládnutí potřebných znalostí i praktických dovedností) a profesní etiku. Tu chápeme jako morální nasměrování, které provází vztah pracovníka a ostatních subjektů a může být vyjádřena jako neformální porozumění i jako formální kodex.

Profesní asociace vytvářejí a podporují svůj etický kodex zejm. proto, že:

- kodex inspiruje a provází pracovníky jejich praxí
- kodex slouží jako regulace v oblasti profesního chování svých členů, chrání klienty před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče
- kodex slouží jako kritérium pro hodnocení etičnosti aktuální praxe, podklad pro posouzení stížností
- kodex zdůrazňuje status profese a zároveň udržuje její identitu. (Nečasová, 2001, s. 66-74)



V současné době členové SHP diskutují o návrhu Kodexu výkonu profese, který se inspiruje podobným kodexem platným ve Velké Británii. SHP tím reflektuje potřebu dále pracovat na definování a institucionalizaci profese herního pracovníka.

## **2. Možnosti a meze v péči herních specialistek o pacienty**

### **2.1. Humanizační trendy ve zdravotnictví**

V průběhu 90. let minulého století se nastartovalo mnoho změn v celé naší společnosti, tedy i v oblasti zdravotnického systému, péče o pacienty, vztahu mezi lékařem a pacientem. Mění se celé paradigma medicíny. Novinky v péči o pacienty lze jmenovat např. tyto:

- tematizuje se přístup ne pouze biologický, ale více se vnášejí aspekty i psychologické, sociální, spirituální, ekologické;
- je větší snaha o interdisciplinární přístup;
- více se zvažují etické otázky, pacienti se seznamují s Chartou práv pacienta, někde se objevil nemocniční ombudsman;
- vztah mezi lékařem a pacientem se posouvá od paternalistického pojetí k více partnerskému, kde pacient dostává větší prostor pro rozhodování o léčbě;
- některé nemocnice usilují o přístup "Family Centered Care" (péče soustředěná na celou rodinu), což znamená, že pečují nejen o hospitalizovaného pacienta, ale i o jeho rodinu;
- téměř samozřejmostí se stává hospitalizace dítěte spolu s jeho blízkou osobou, obvykle matkou;
- na některých dětských lůžkových odděleních začaly působit herní specialistky.

To vše ukazuje, jak velkých změn doznaly naše nemocnice co se týče atmosféry a přístupu k pacientovi a léčbě.

V rámci tématu o práci herních specialistek vystupuje do pořadí princip "Family Centered Care". Znamená, že personál směřuje svou péči nejen k pacientovi, ale i k jeho rodině, protože právě ta je pacientovi, zejm. dětskému, významnou sociální oporou. Rodina se stává partnerem. Je známou skutečností, že pacient, který se cítí v rámci možností dobře,

bezpečně, uzdravuje se rychleji, např. doba hospitalizace dětí, které v nemocnici pobývají spolu s blízkou osobou, je kratší než u dětí bez osoby blízké. Navíc tím, že se hospitalizací nepřerušuje vztah mezi dítětem a jeho blízkou osobou, působí na pacienta méně stresorů.

### **Zkušenosti z Velké Británie**

Na začátku 50.let ve Velké Británii panovala představa, že dobře pečovat o nemocné dítě umí lékaři a sestry a nejvhodnějším prostředím je nemocniční oddělení, mj. proto, že zdravotníci jsou odborníci a rodiče laici. Kontakt během hospitalizace mezi dítětem a rodiči a mezi rodiči a zdravotníky byl malý. V té době vznikly první práce o separaci dítěte od matky a zjistilo se, že děti v nemocnici strádají především kvůli odloučení od matky, že nemoc nebývá hlavní příčinou. V roce 1959 odborníci vypracovali tzv. Plattovu zprávu, v níž doporučili změny v péči o dětské pacienty. Jde např. o zásady preferovat léčbu doma před nemocnicí; neomezovat rodičovské návštěvy dětí; hospitalizovat s dítětem i matku kdykoliv je to možné; povzbuzovat rodiče, aby se zapojili do péče o dítě v nemocnici; výchovu lékařů a sester zaměřit na porozumění emočním a sociálním potřebám dětí. Uvedené návrhy byly velmi moderní, ale nedařilo se je realizovat. Lékaři nebyli zvyklí rodičům vysvětlovat léčbu, sestry se cítily rodiči kontrolované a nebraly v úvahu, co všechno o svých dětech rodiče ví, a rodiče nevěděli, co se od nich v nemocnici čeká. V roce 1961 matky iniciovaly vznik dobrovolné organizace Action for Sick Children, která sdružuje rodiče a zdravotníky a ve svých začátcích usilovala o realizaci doporučení z Plattovy zprávy. Spolupracující lékaři a sestry rozšířili tato doporučení mezi své kolegy a do medicínského a ošetrovatelského vzdělávání a to se ukázalo jako klíčový okamžik vedoucí k úspěchu. Pod vlivem této iniciativy se v roce 1976 sešla další odborná komise a formulovala tentokrát tzv. Courntovu zprávu. V ní vyzývá rodiče a zdravotníky k partnerství, přičemž zodpovědnost za dítě zůstává rodičům. Další zlom přišel v roce 1991, kdy všechny výše uvedené zásady byly shrnuty do směrnice nazvané Péče o děti a mladistvé v nemocnici. Této péči se začalo říkat Family Centered Care. (Starková, 2002, s.3)

### **Zkušenosti z českých nemocnic**

V roce 1993 díky iniciativě lékařů, manželů Starkových se v České republice rozjel projekt Děti a rodiče v nemocnici (DAR), který začal koncept Family Centred Care šířit i u nás, a to prostřednictvím nabízení literatury, pořádáním seminářů, umožněním zdravotníkům

odjet na stáž do Londýna. Projekt vycházel z předpokladu, že změnit péči o děti předpokládá změnit postoje zdravotníků. Dnes už mají zdravotníci s přístupem Family Centered Care bohaté zkušenosti.

Family Centered Care je filozofie péče, která uznává rodinu za základní, rozhodující faktor v životě dítěte, a jako takovou ji respektuje a podporuje, uznává jako partnera v péči o nemocné dítě.

Zdravotníci se snaží přizpůsobit chod oddělení dennímu rytmu dětí. Znamená to hospitalizovat dítě s rodičem, nebudit časně ráno, někde zavedli vizity v odpoledních hodinách, umožnit návštěvy téměř po celý den, a to i kamarádům dětí. Některé nemocnice se otevírají i tím, že na odděleních pro děti pořádají malé koncerty, divadelní představení, besedy, praktikují zooterapii.

Rodiče jsou podporováni, aby své malé dítě doprovázeli pobytem v nemocnici, ty starší odloučení od rodičů zvládají snadněji. Rodiče se potřebují na oddělení adaptovat, aby mohli být svému dítěti oporou, aby mu mohli veškeré dění vysvětlit jeho známým a srozumitelným vyjadřováním. Jsou tu proto, aby svému dítěti ulevili, pomohli mu zvládat jeho strach a napětí, aby ho chránili. Zároveň jsou ve stresu, mohou mít výčitky, cítit se zbyteční apod. I oni potřebují někoho, kdo se jim bude věnovat, bude s nimi průběžně komunikovat a pomáhat jim zvládnout situaci.

Důležité je dohodnout si péči o dítě. Často může běžné úkony zajišťovat rodič (jídlo, hygiena) a sestry podávají léky a vyšetřují.

Pokud rodič malého dítěte nechce v nemocnici zůstat s ním, je na místě taktní přístup, netlačit na něj, neosočovat, nevinit. Rodiče obvykle pro své rozhodnutí mívají důvody. Zdravotník může vysvětlit výhody společné hospitalizace, ale konečné rozhodnutí je na rodiči. Ve všech případech lze hledat uspokojivé řešení, např. každodenní dlouhé návštěvy bez přespávání aj.

Zkušenosti ukazují, že často se na pobyt v nemocnici snadněji adaptuje dítě, díky blízkosti rodiče, než rodič. Rodič je ve stresu, má o dítě strach a může reagovat neadekvátně. Vzhledem k náročné situaci je nepřiměřené reagování pochopitelné a zdravotníci pro ně mají mít pochopení.

Velkou roli hrají informace. Rodiče znají své dítě a zdravotníci mají odborné znalosti a předávají si navzájem informace tak, aby to bylo ku prospěchu léčby dítěte. Rodiče

nemocného dítěte jsou ve stresu, na mnoho věcí se potřebují ptát opakovaně a postupně získávat další informace. Zdravotníci toto postupné doptávání respektují a vycházejí rodičům vstříc. Důležité je, aby vždy bylo jasné, kdo může podávat jaké informace, aby rodiče neslyšeli pokaždé něco odlišného a neúplného.

Zdravotníci respektují historii, hodnoty a zvyky rodiny, uznávají její právo zvolit si svůj životní styl. Z toho plynou zásady nevyčítat, nesnažit se rodinu změnit, akceptovat její copingové strategie.

Změnilo se vnímání nemocničního pokoje. Ten se stává místem bezpečí a do jisté míry i soukromí. Neprovádějí se tu lékařské zákroky, aby si prostor pokoje dítě nespojovalo s bolestí. V situaci, kdy je oddělení plné dětí, rodičů, zdravotníků a případně návštěv, zůstává pokoj vlastním prostorem, kam se děti i rodiče mohou uchýlit.

Tímto přístupem obě strany navozují klima, které umožňuje spolupracovat, mít mezi sebou rovnocenný partnerský vztah a v případě potřeby sdílet své pocity. Zdravotníci i rodiče hledají společný cíl a tím je adekvátní péče o zdravotní stav dětského pacienta. (Řezníčková, 2002, s.4-5) Pro řešení uvedených psychosociálních problémů je v optimálním případě vyčleněn jeden pracovník, který o rodinu pečuje. Často to bývá herní specialista nebo kontaktní sestra.

## **2.2. Psychologické aspekty nemoci a hospitalizace**

Každá negativní změna zdravotního stavu dítěte (vlivem nemoci, úrazu či působení škodlivých vlivů) představuje sama o sobě pro pacienta i jeho blízké zátěžovou situaci. Navíc může vyvolávat např. strach, úzkost, obavy o zdraví či život, pocity viny. Tuto situaci dítě i jeho blízcí nějak prožívají a vyrovnávají se s ní. Na změnu zdravotního stavu nasedají další okolnosti související s hospitalizací - pobyt v neznámém prostředí, mimo domov, případná separace od matky a jiných blízkých lidí (rodina, kamarádi), diagnostické a terapeutické zákroky, změna denního režimu, nucená nečinnost. Nejistotu, úzkost aj. prožívají i rodiče a může se to projevit v jejich chování vůči dítěti. Ty jsou k takovýmto změnám různě vnímavé. (Matějček, 2001, s.14 a 17)

Jde o to, jak vliv na dítě a jeho rodinu má ošetřující personál a nemocniční prostředí. Snahou by mělo být, ale tento vliv pacienta nepoškozovat, ale naopak byl uklidňující a povzbuzující.

Pacient a rodina potřebují mít možnost se změnou zdravotního stavu vyrovnat, získat podporu, porozumění, pomoc a v případě dlouhodobé nemoci nebo trvalých následků i nastavit nové principy fungování rodiny. Zde je prostor pro herní specialistiky, které v této situaci můžou být rodině průvodcem. Tam, kde je potřeba pomoc dalšího odborníka (např. psychologa, sociálního pracovníka), může zprostředkovat kontakt a další pomoc.

### **Rodinný FIRO model**

V kontextu změny zdravotního stavu dítěte a reakcí rodiny na ni je zajímavý rodinný FIRO model autorů Williama Dohertyho, Nicholase Colangela a Deborah Hovanderové, protože klade důraz na vývojové změny v průběhu životního cyklu a zátěžové situace v rodině. Interakce mezi členy rodiny stojí na třech typech interakcí:

Inkluze vymezuje rodinu jako systém, který si definuje subsystémy uvnitř sebe sama (např. partneři, rodiče - děti) a který se prezentuje jako jednotka navenek (my). Zahrnuje tři dimenze: struktura (to jsou hranice rodiny, rozdělení rolí, pozice, spojení mezi členy rodiny); propojenost (pečování, citové začlenění, oddanost) a sdílené významy členy rodiny (rodinná identita, loajalita, rituály).

Druhým typem interakcí je kontrola, tyto interakce souvisí s vlivem a mocí v průběhu konfliktu. Autoři opět stanovují tři dimenze: dominující kontrola (jeden člen rodiny se v době konfliktu snaží získat vliv tím, že manipuluje druhým, nařizuje, přinucuje), reaktivní kontrola (jiný člen se snaží získat vliv jako odvetu za pokus prvního, a tak je vzpurný, neposlušný, stahuje se do sebe) a spolupracující kontrola (sem spadají takové postupy jako vyjednávání, hledání kompromisu, řešení problému s cílem sdílet vliv společně).

Třetí typ interakcí představuje intimita. Tyto interakce se vztahují k sebeotevření a osobním výměnám s blízkými druhými. Jeden k druhému mají vztah jako k jedinečné lidské bytosti, sdílejí spolu city, starosti, naděje. Jejich blízkost však nepotírá jejich osobní identitu, kterou navzájem respektují.

Tyto tři typy interakcí jsou spolu provázané a hierarchizované. Aby rodina fungovala, musí být v pořádku inkluze. Úspěšná inkluze je podmínkou pro kontrolu a intimitu.

Když rodina prochází běžnou tranzitorní krizí nebo se ocitne před nečekanou stresující událostí, musí se adaptovat na novou situaci. Úspěšný průběh začíná tím, že si rodina vytvoří nejprve nové vzorce inkluze, potom kontroly a nakonec intimity. (Sobotková, 2001, s.62-64)

Herní specialistka by znalost tohoto fungování mohla využít při práci s rodinou, která se setkala s nečekanou stresující situací. Nemoc či úraz a s ním spojená hospitalizace je zásah do rodinného systému. Ten si potřebuje i v takovém okamžiku uchovat svou stabilitu a integritu, a přesto projít změnou. Herní specialistka může ve spolupráci s jinými zdravotníky rodině vytvářet prostor pro to, aby se s takovou událostí vyrovnala, adaptovala se na novou situaci. V takovém případě rodina musí v první řadě předefinovat svou identitu a své vztahy k vnějšímu světu a pak teprve řešit další záležitosti, náležející ke konfliktu a intimě. Ke slovu se dostává morfogeneze tj. růstové síly, díky kterým se systém proměňuje uvnitř sebe sama.

Herní specialistka působí preventivně, aby dlouhodobě hospitalizovaným dětem nehrozila psychická deprivace způsobená nedostatkem přiměřených a rozmanitých podnětů v nemocničním prostředí. Velké možnosti nabízejí volnočasové aktivity a zajištění kontaktů hospitalizovaného pacienta s vnějším světem.

Hry a další činnosti na oddělení by měly dítě povzbuzovat, nabídnout mu odreagování a vyrovnání s nemocí a hospitalizací. Musí respektovat biologický a mentální věk, zdravotní a psychický stav dítěte, specifika konkrétního oddělení (zda tu jsou převážně děti chodící, samostatně se pohybující po oddělení, což umožňuje skupinové aktivity v herně, nebo spíš ležící na lůžku, což indikuje spíš individuální trávení času s dítětem), jaké mají diagnózy (na neurologickém oddělení nejsou vhodné počítačové hry, na kožním některé výtvarné materiály), jaký je na oddělení denní režim aj. (Veselá, in Valenta, 2003, s.185-186) Dále je možno pro děti organizovat kulturní akce, soutěže, besedy, návštěvy nemocničních klaunů, spolupracovat s dobrovolníky. Sami pacienti mohou připravit výstavu svých výtvarných prací, secvičit divadelní představení pro rodiče apod. Čas v nemocnici naplňuje i nemocniční mateřská a základní škola a příp. družina. V denním programu dětí by pokud možno neměla být "bílá" místa, kdy se dítě nudí, nemá s kým navázat kontakt a zůstává samo.

### **Příprava na diagnostické a terapeutické zákroky**

Pro zdravotníky jsou zákroky známé, ale dítě se s nimi často setkává poprvé. Dítě přirozeně zažívá strach z neznámého, může se bát bolesti, cizích lidí, přístrojů, prudkého světla i přítmi. Herní specialista může tento strach mírnit vhodnou přípravou, aby dítě vědělo, co a proč se děje. Navazuje při tom na vztah, který si s dítětem dosud vytvořila, dítě zná a ono jí důvěřuje, spolupracuje i s rodiči. Vhodný postup při přípravě shrneme v podobě několika nejdůležitějších zásad:

- Vedeme s dítětem rozhovor - navážeme tam, co už dítě ví, korigujeme zkreslené představy, reagujeme na obavy, odpovíme na otázky.
- Informujeme pravdivě, přiměřeně, podle zájmu dítěte, nevnučujeme informace, o které dítě nemá zájem.
- Informujeme o tom, co dítě prožije, uvidí, ucítí. Nepopisujeme, co se děje v narkóze.
- Předškolním dětem vysvětlujeme konkrétně a názorně formou hry (např. na panence).
- Školním dětem objasníme i důvod zákroku.
- Čekání na zákrok nemá být dlouhý, dobu vyplníme zajímavou činností.
- Předcházet nepříjemným překvapením, např. předem upozornit, že něco zabolí. Odvést pozornost dítěte od bolesti.
- Je-li to možné, doprovodit na zákrok, poskytovat podporu.
- Správně informujeme o narkóze a jejím účelu. Slíbíme, že při probouzení budeme u něj, a slib dodržíme.
- Pokud není na přípravu čas a pacient je při vědomí, pak alespoň komentujeme, co se děje, popisujeme, kde je, kam jede, co se stane.
- Ocenit chování dítěte při zákroku (např. obrázek, diplom aj.), vyzdvihnout jeho statečnost, podpořit jeho sebedůvěru. (Matějček, 2001, s. 97-112; Veselá, in Valenta, 2003, s.183-198)

Úspěšná příprava na zákrok může pomoci zvládnout náročné vyšetření bez další zátěže v podobě léků. Náročným vyšetřením bývá pro pacienty magnetická rezonance, protože skenování může trvat dlouho, dítě leží s hlavou v "tunelu", úplně samo. Vhodnou přípravou a provázením lze i takto nepříjemné vyšetření provést bez použití sedativ či jiných léků. (Pressdee a kol., 1997, 945-947)

Příprava dítěte na zákrok neznamena, že se dítě nebude bát. Úspěchem je i snížení obav na únosnou míru, kterou je dítě schopno unést. Smyslem přípravy je např. i to, aby dítě chápalo zákroky jako smysluplné, důležité pro uzdravení; či aby se dítě necítilo manipulováno. Někdy mají děti po zákroku následky, např. reagují úzkostně, v noci mají děsy nebo se pomočují, bojí se tmy, chtějí usínat jen s matkou. Pak je nutné umožnit dítěti, aby si takové zážitky odreagovalo povídáním, prostřednictvím hry či výtvarného vyjádření nebo přehráním formou scénky. I zde může herní specialista dítěti takové odreagování umožnit a rodičům vysvětlit, že to je přirozená reakce.

### **Pomůcky**

Při přípravách na zákroky používají herní specialistky v podstatě tři typy pomůcek:

Skutečné pomůcky a prostředky lékařů, nejčastější je ústenka, čepice, případně plášť, také narkotizační nebo kyslíková maska, kanyla, obvaz či fonendoskop. To všechno si dítě může vyzkoušet doslova na vlastní kůži.

Často využívají pomůcky specifické pro herní práci na konkrétním nemocničním oddělení, a proto si je herní specialistky vyrábějí samy. Typickým příkladem je album. Objevilo se i informační video, které představuje nemocnici a fungování oddělení. Další specifickou pomůckou je panenka Petruška, případně její chlapecký protějšek Pěťa. V názoru na její využití se herní specialistky výrazně rozcházejí. Využitelné jsou i modely vyšetřovacích přístrojů, např. model počítačové tomografie vyrobený z papírové krabice.

A do třetice jsou používány normální hračky - obvykle panenky a plyšové medvídci fungují jako kamarádi, průvodci či pacienti ve hře na doktory. Všude je k dispozici dětský lékařský kufrík s napodobeninami skutečných zdravotnických pomůcek a nástrojů. Herní specialistky nabízejí knížky, atlasy lidského těla, encyklopedie, výukové počítačové programy o lidském těle.

Vždy se však jedná o pomůcku, která zvyšuje názornost, usnadňuje pochopení, umožňuje zpracování informací, ale pomůcky samy o sobě nestačí. Hlavní je rozhovor s pacientem.



### 2.3. Rodina hospitalizovaného pacienta

Herní specialistka pečuje nejen o hospitalizované dítě, ale i o jeho rodinu. Čím je dítě menší, tím více je v rodině integrováno, více se upíná k rodičům a hledá u nich pomoc a oporu. V rámci trendu humanizace nemocnic a psychologizace péče o hospitalizované dítě je možné, aby byla na oddělení přijata i dítěti blízká osoba, obvykle matka. O možnosti přijmout i rodiče rozhoduje lékař. Ne všude jsou podmínky pro hospitalizaci s rodičem optimální (např. samostatný pokoj nebo postel pro rodiče), takové situace pak řeší každé oddělení individuálně. Následují argumenty, proč je hospitalizace s rodičem výhodná:

Z přítomnosti rodiče má bezpochyby prospěch dítě. Významné přínosy to má i pro personál. Na začátku tohoto trendu - hospitalizovat s dítětem i jeho rodiče - sestry často nesouhlasily, protože se domnívaly, že tak budou pečovat nejen o dítě, ale i o rodiče, že jim přibude práce. Zkušenosti ukázaly, že opak je pravdou. Rodič poskytuje dítěti podporu, pomáhá mu naplnit volný čas hraním, povídáním, nebo "jen" svou přítomností. Zajišťuje tedy psychosociální pohodu dítěte, o kterou by jinak pečovaly právě sestry. Ne vždy však dítě do nemocnice rodič doprovází. Pak je tu k dítěti k dispozici právě herní specialistka, která o něj pečuje a věnuje se mu. Avšak i v případě, že je dítě na oddělení s rodičem, nabízí jim herní specialistka svou pomoc. Někdy je zvládnutí hospitalizace obtížnější pro rodiče než pro dítě, proto je herní specialistka k dispozici i jim.

Dalším argument pro práci s celou rodinou je fakt, že dítě do zhruba deseti let vnímá svoje onemocnění přes zpětnou vazbu z prostředí, a to hlavně ze strany rodičů a nejbližších osob. Vhodné nejsou extrémní reakce - pesimistický, depresivní postoj, protože to brání tomu, aby se zaktivovaly autosanační mechanismy organismu, ani přehnaně optimistický, který neumožňuje domyslet závažnost nemoci a zaujmout k léčbě odpovědný postoj.

Třetím důvodem je velký význam rodiny pro dítě coby svébytného společenství. Od 70. let 20. st. vědci soustředili pozornost na prostředí, v němž rodina funguje resp. jiné systémy, se kterými rodina vstupuje do kontaktu. Díky tomu začaly vznikat tzv. ekosystémové koncepce vývoje člověka. (Sobotková, 2001, s.10) Bronfenbrenner vymezil čtyři skupiny systémů, které ovlivňují vývoj člověka i rodiny:

"Mikrosystém - vzorce aktivit, rolí a interpersonálních vztahů v primární skupině, tváří v tvář (rodina, školní třída aj.).

Mezosystém - vztahy mezi dvěma či více prostředími, v nichž je vyvíjející se jedinec aktivním účastníkem (např. vztahy a probíhající interakce mezi rodiči dítěte a třídní učitelkou).

Exosystém - ta prostředí, která přímo nezahrnují jedince, ale kde přesto může docházet ke vzájemnému ovlivňování.

Makrosystém - zahrnuje kulturu a ideologii společnosti jako celek, patří sem politické klima, vliv ekonomických změn (např. nezaměstnanost), celková společenská atmosféra". (tamtéž, s. 28)

V případě změny zdravotního stavu se takovým "druhým systémem", s nímž dítě i rodina vstupují do interakce, stávají lékaři a nemocnice.

### **Postavení matky hospitalizované s dítětem**

Situaci, ve které se matka nebo jiná blízká osoba v nemocnici ocitá, musí řešit matka i personál řešit, a to s ohledem na specifika této situace, aby nedocházelo k nedorozuměním a konfliktům.

V tom, jak matka prožívá a zvládá svůj pobyt na oddělení, hraje roli několik faktorů:

- osobnost (frustrační tolerance, hierarchie hodnot, vztah k nemoci aj.)
- možné maladaptivní rysy osobnosti (přecitlivělost, náladovost, výbušnost)
- strategie zvládání zátěžových situací (agrese, únik, rezignace, izolace, racionalizace aj.)
- rodinné a sociální poměry (souhlas rodiny s hospitalizací matky nebo její odmítání, podpora přátel aj.)
- předchozí zkušenosti s hospitalizací
- charakter onemocnění dítěte (závažnost onemocnění, náročnost zákroků, naděje na uzdravení aj.)
- vztah matky k dítěti a jeho nemoci (výchovní styl, pocity viny aj.).

Matka může zažívat strach o dítě, úzkost, bezmocnost, pocity viny, stud, stesk a další negativní emoce. Vyjdeme-li z definice WHO, že zdraví není jen nepřítomnost nemoci, ale stav celkové tělesné, duševní a sociální pohody, pak lze na doprovázející matku nahlížet jako na pacienta. Důležitý rozdíl mezi matkou a nemocným dítětem však spočívá v tom, že matka je schopná si své potřeby uspokojovat sama, ale nemocniční prostředí to do velké míry

omezuje nebo úplně vylučuje: jedná se jednak o potřeby dítěte, které nemůže plně uspokojovat, což ji v její roli matky omezuje; a jednak se u ní aktualizují potřeby bezpečí, sounáležitosti, lásky, seberealizace.

Herní specialista z těchto důvodů pečuje i o matku, protože čím je matka psychicky vyrovnanější a spokojenější, tím spíš může být svému nemocnému dítěti oporou. (Kopecká, 2001, s.46-47)

### **Vliv věku dítěte na metody práce herní specialistiky**

Herní specialista pracuje s dětmi a jejich rodiči odlišně, resp. v závislosti na věku dítěte. Respektuje přitom vývojové zákonitosti a možnosti dětí.

V případě hospitalizace kojenců a mladších batolat, které ještě nemají rozvinuté vědomí sebe sama, pracuje herní specialista především s doprovázejícím rodičem - dodává mu podporu a pečuje o jeho psychický stav ovlivněný strachem o dítě, vysvětluje diagnostické a terapeutické zákroky. Respektuje, že dítě navazuje výlučný vztah s pečující osobou (matkou), proto podporuje jednak hospitalizaci s rodičem a poté i jejich vzájemné interakce včetně hry. Pokud je dítě hospitalizováno samo, pak herní specialista v případě potřeby zejména konejší a utěšuje.

V dalším pokračování batolecího období si dítě stále udržuje silný vztah s matkou a zároveň se stále více začíná zapojovat i do jiných skupin než, je jeho rodina, proto vyhledává kontakty s dětmi v herně. Pokud je dítě hospitalizováno bez matky, rozvíjí se separační úzkost. Rozšiřování okruhu lidí, s nimiž dítě komunikuje, a rozvoji řeči herní specialista využívá ke komunikaci přímo s dítětem - prostřednictvím hry ho může informovat o vyšetřeních a léčebných postupech tak, jak to odpovídá konkrétním zkušenostem každého dítěte. Použít lze např. formu hry, kdy oblíbená panenka, medvídek aj, jde k paní doktorce / panu doktorovi. I přes tento velký vývojový pokrok se herní specialista i nadále k dítěti vztahuje prostřednictvím matky.

V předškolním období pokračuje rozvoj řeči a myšlení, které je vázáno na činnost (tzn. aby dítě něco pochopilo, chce si to, je-li to možné, vyzkoušet), v myšlení je typický dětský infantilismus a magické myšlení. Dítě se zapojuje do stále širších společenství, kooperuje při hře, navazuje první přátelské vztahy, i když zatím dané zejména prostorovou blízkostí (dítě kamarádí s se spolužákem/ spolužačkou ze školky). Hra v tomto období je plně rozvinuta, má

mnoho podob, herní specialista ji plně podporuje a je dítěti k dispozici coby partner do hry. Zároveň hru využívá jako prostředek pro kontakt s dítětem, kdy jejím prostřednictvím opět dítě informuje a připravuje na prováděná vyšetření a léčbu. Děti mají rády napodobivé hry tj. "hry na něco". Herní specialista tedy může nabídnout dětský lékařský kufřík ke hře na doktora. Vzhledem k omezením vyplývajících ze zdravotního stavu dítěte a podmínkám v nemocniční herně je nutno hře stanovit nutné limity, a přesto uchovat prostor pro spontánní hru, která dítěti přináší radost.

V mladším školním věku má hra stále své významné místo a zároveň má dítě myšlení plně rozvinuté na úrovni konkrétních operací, má rozvinutou slovní zásobu a orientuje se ve světě. Herní specialista může využívat mnoho způsobů, metod, jak dítěti vysvětlit, co ho čeká, např. fotoalbum či dětské popisy vyšetřovacích metod. Herní specialista vytváří dítěti prostor pro samostatné rozhodování tam, kde je to možné, obvykle se to týká procesních záležitostí. Často například herní specialista nechává děti zvolit si, zda chtějí narkózu prostřednictvím injekce, nebo dýchací masky. Vzhledem k samostatnosti dítěte a preferování kontaktů s vrstevníky bývají děti již hospitalizovány samy. Ale samozřejmě záleží na rozhodnutí konkrétního dítěte a jeho rodičů a herní specialista by měla respektovat přání dítěte být v nemocnici s rodičem a v případě nutnosti pro to zajistit podmínky. Pokud dítě v nemocnici pobývá samo, hledá někoho, s kým může navázat vztah, hledat u něj v neznámé situaci oporu. A právě proto ve školním období roste význam působení herní specialisty na oddělení.

Starší školní věk je obdobím dospívání, které s sebou přináší mj. emoční nestabilitu, výkyvy nálad, impulzivitu v jednání, změny a tím i obtížnou předvídatelnost postojů, emoční nestálost, zvýšenou unavitelnost. Herní specialista to musí mít na mysli a operovat s tím, že tyto jevy přirozeně patří k věku, ale situací nemoci a hospitalizace se mohou více projevit. Rozvoj myšlení směrem k chápání a užívání abstraktních pojmů a řešení abstraktních úkolů dospívajícímu umožňuje dívat se na problém z více úhlů, přijímat, že může mít víc než jedno řešení, a díky tomu může více zvažovat a rozhodovat se. Dalším projevem rozvíjejícího se myšlení je kritičnost a srovnávání současného stavu s tím, co by mohlo být. Odtud může plynout nespokojenost např. s nemocničním prostředím, což je téma, které prostřednictvím rozhovoru může herní specialista dospívajícímu pomoci zpracovat, přijmout realitu.

Adolescenti již obvykle nevyžadují nějaké speciální přístupy. Samozřejmě i oni prožívají strach, úzkost, adaptují se na pobyt na oddělení a při zvládání těchto prožitků je i jim herní specialista nápomocna. Navrch tu získává rozhovor - vyslechnutí, nabídnutí podpory. V tomto věku jsou mladí lidé stále více schopni, ať sami či s pomocí druhého, sdělit své problémy a zakázku doformulovat. (Němec, in Valenta 2003, s. 56-66)

## **2.4. Strach a úzkost**

### **Vývojově podmíněná úzkost**

Úzkost a strach patří mezi základní emoce, které člověka provázejí po celý život. Některé úzkosti jsou přirozenou součástí vývoje a nelze se jim vyhnout. Stručně je zrekapitulujeme.

Úzkost je emoční reakce na ohrožení, které dítě pociťuje. V raném dětství tím ohrožením je ztráta matky, protože matka je zdrojem bezpečí, ochrany, zprostředkovává dítěti celý svět a dítě cítí, že je na ní závislé. Jiný zdroj úzkosti představuje vývoj, protože ten požaduje, aby člověk vždy opouštěl dosavadní formy adaptace a vytvářel si jiné, specifitější a účinnější, což předpokládá vzdát se něčeho známého a vstoupit do neznámého. Takové přechody dítě snadněji zvládá, když si je jisté svou vazbou k matce. Další zdroj úzkosti představují traumata všeho druhu, např. náhlá separace kvůli hospitalizaci dítěte bez matky.

Zpočátku dítě nemá žádné mechanismy, jak svou úzkost zvládat, proto byla formulována teze o motorickém vybití afektu, např. pláč, motorické projevy. Někdy je afekt tak silný, že dochází k úzkostnému záchvatu. Afekty dítě zvládá díky tomu, že ho matka zklidní. Postupně se od ní učí strategie vyrovnávání se s úzkostí.

Zhruba ve 3.-4. měsíci můžeme pozorovat úzkost způsobenou náhlým přiblížením člověka nebo věci. V období mezi 4.-6. nastává období přechodového objektu, kdy si dítě oblíbí nějakou dobře uchopitelnou věc, která pro něj představuje stálost a bezpečí prostředí, může to být láhev, dudlík, plena aj. Že dítě vnímá prostředí a jeho změnu chápe jako ohrožující, se projevuje obavou ze spánku a problémy s usínáním. Usínání snadněji zvládá pomocí přechodového objektu nebo si vytváří rituály, např. "zpíváním" či "povídáním". Pokud dítě o tyto jistoty přijde, nastává silná úzkost.

Kolem 8.měsíce nastupuje strach z cizích lidí a mizí během druhého roku, i když u některých dětí může přetrvávat i do 3 či 4 let. Tento strach zmírňuje přítomnost matky, známé prostředí a také vhodný přístup oněch cizích lidí. Ten znamená nepřibližovat se náhle, dát dítěti čas si člověka v klidu prohlédnout, nespěchat a první kontakt navázat prostřednictvím oblíbené hračky. Jistou roli hrají i zkušenosti dítěte s cizími lidmi. Tento strach z cizích má různá vysvětlení, ale vždy je v popředí poznávání matky jako jedinečné osoby, k níž má dítě specifické pouto, ať již se za příčinu úzkosti považuje strach ze separace od matky, strach z ohrožení cizím člověkem či poznání obličeje cizího člověka jako ne-matky. Příznakem dobrého vývoje je nízká intenzita úzkosti a snadného utišení matkou, pokud však dítě strach z cizích nemá, svědčí to o poruše vývoje a primárního vztahu.

Mezi cca 7. a 12. měsícem přichází separační úzkost a vrcholí před dosažením 1,5 roku, pak postupně mizí. Pokud dítě separační úzkost nemá, znamená to, že ji nerozeznává jako primární osobu nebo se k ní v jakési sebeobraně neváže. Separační úzkost může náhle vymizet po traumatizujícím zážitku. Podobně jako strach z cizích lidí má i separační úzkost různá vysvětlení: dítě (se) brání odchodu matky, protože má zkušenost, že bez ní častěji zažívá diskomfort; jiní považují separační úzkost za vrozenou, a to proto, aby bránila odchodu toho, kdo pečuje; nebo má dítě spojeno prostředí s konkrétní tváří.

Silná a specifická emoční vazba dítěte k pečující osobě se označuje attachment. Formuje se v prvních letech života a kvalita připoutání ovlivňuje kvalitu později navázaných vztahů. Odlišují se tři typy připoutání - bezpečná vazba, úzkostná-vzdorující a úzkostná-vyhýbavá. Tato vazba určuje, jak dítě reaguje na odchod a příchod matky.

V pozdějším věku se objevují další úzkosti, např. plynoucí z narození sourozence (vrcholí kolem 3. nebo 4. roku), z poznání odlišnosti pohlaví (ustupuje zhruba po 10.roce), strach ze smrti (vzniká cca mezi 9. a 11. rokem). Úzkost mohou vzbuzovat i instituce, které vstupují dítěti do života, obvykle se jedná o mateřskou a základní školu, ale může to být i nemocnice. (Vavrda, in Vymětal, 2000, s. 44-63).

Vedle výše uvedených ontogeneticky podmíněných úzkostí hraje roli také osobnost člověka a situační faktory: Člověk se v nějaké situaci setkává s různými podněty, ty vnímá a hodnotí a podle toho reaguje bez úzkosti a strachu či s menší či větší úzkostí. Vedle těchto

kognitivních a hodnoticích faktorů má vliv i případná úzkostnost coby konstituční rys. (Vymětal, 2004, s.23)

Další velkou skupinu představují strachy navozené životní zkušeností člověka a příp. vystupňované natolik, že se z nich stávají fobie. V oblasti lékařské péče existuje nepřeberné množství fobií, např. z bolesti, z nemoci, ze smrti, z injekcí a ostrých předmětů aj.

### Copingové strategie

Postupně si dítě vyvíjí vlastní strategie zvládání úzkosti a strachu, nejprve je zvládá utišením u matky, později si oblíbí nějaký rituál a pak přistoupí jako prostředek zvládání i hry a pohádky. Dítě si ve hře přehrává zážitky, které v něm vzbuzují úzkost, a právě prostřednictvím hry se snaží tyto zážitky a úzkosti uchopit, zpracovat, porozumět jim. (Vavřda, in Vymětal, 2000, s. 48-53) Vliv má i způsob výchovy, protože vnímání a hodnocení situace je naučené. Ve směru redukce úzkosti působí bezpečné prostředí domova, bezpodmínečná akceptace blízkými osobami a pozitivní vzájemný vztah, uspokojování základních potřeb dítěte, vedení dítěte k přiměřenému sebevědomí tím, že mu umožníme zažít úspěch, postupné zvyšování jeho frustrační tolerance aj. Naopak zvyšování úzkosti způsobuje ambivalentní vztah rodičů k dítěti, neharmonický vztah mezi rodiči, strašení (časté návštěvou lékaře) atd. (Vymětal, 2004, s.148-158)

### Strach z lékaře

Častým strachem v dětství bývá strach z lékaře. K lékaři mívají lidé ambivalentní vztah: Na jednu stranu se bojí lékaře a bolestivých zákroků, na druhou stranu od něj očekávají úlevu, pomoc, vyléčení.

Strach z lékaře se formuje v dětství, a to na základě vlastní zkušenosti. Zahrnuje v sobě jednak strach z bolesti, a jednak strach z odloučení od matky, z bezmoci, z cizího prostředí. Tímto se děti cítí ohroženy, proto zažívají strach a úzkost. Do jisté míry tedy lze strach z lékaře považovat za oprávněný a přirozený. Některé děti však mají strach natolik velký, že je návštěva lékaře a vyšetření pro ně těžko zvládnutelná zátěž a pro personál je obtížné dítě vůbec vyšetřit. Strach se stupňuje až k fobii, dítě může být vyděšené a zoufalé. Často se ukáže, že jde o vystupňovanou separační reakci, strach z odloučení od matky.

Velkou moc v předcházení a mírnění strachu má prevence. Ta musí směřovat dvěma směry: vytvořit u dítěte reálné očekávání a příznivý postoj. Tzn. dětem nelhat, nebagatelizovat, říct o návštěvě lékaře nebo nemocnice či o lékařském zákroku pravdu a zdůraznit, že i přes případnou bolest, nepohodlí aj. negativní doprovod se to vše děje proto, aby dítě bylo zdravé, aby pocítilo úlevu, aby se zlepšil jeho zdravotní stav. S dětmi je potřeba jednat přiměřeně jejich věku a zdravotnímu stavu a uklidňujícím způsobem. Na tomto preventivním působení se podílí rodiče i zdravotníci.

Zkušenosti, které se u dětí osvědčují:

- navázat na dřívější pozitivní zkušenost dítěte s lékaři
- v ordinaci vytvořit příznivou atmosféru, jednat vlídně, laskavě, beze spěchu
- pravdivě vysvětlit důvod návštěvy lékaře, a to formou pohádky u předškoláků a popsáním reality u školáků, probráním jejich obav a negativních zkušeností
- lze přislíbit odměnu (obrázek...), protože ta dítě obvykle pozitivně naladí
- doprovodem známé osoby po celou dobu vyšetření
- při vyšetření informovat o úkonech předem, zejm. když přijde bolestivý podnět
- průběžně oceňovat odvalu, chválit a časově dítě orientovat (např. už to jenom zavážu a bude to hotovo)
- neustále s dítětem udržovat verbální kontakt, stále si s ním povídat
- s většími dětmi domluvit signál, který když dítě dá, lékař přeruší (je-li to možné) zákrok, protože vědomí, že dítě situaci ovlivňuje, není jen ve vleku dění, zmenšuje jeho obavy
- odstraňovat a tlumit bolest
- zajistit (např. pochvalou), aby celé vyšetření vyznělo pozitivně
- po vyšetření ocenit, odměnit, vyzdvihnout jejich odvahu i snahu být statečný, vysvětlit nejasné a kritické okamžiky, u mladších dětí v rámci hry celou situaci přehrát.

### **Strach z hospitalizace**

Vedle strachu z lékaře se objevuje i strach z pobytu v nemocnici. Zátěž spočívá v tom, že dítě přichází do cizího prostředí, neví co ho čeká. Tenzi a strach snižuje přítomnost rodiče a společná hospitalizace nebo časté návštěvy, přítomnost herního specialisty, který je pro rodiče mj. modelem vhodného jednání s dítětem. "Můžeme doufat, že místa a funkce herních terapeutů (nejenom dětských psychologů) budou postupně zřízena obsazena ve všech dětských



lůžkových zařízeních, protože mají mimořádný význam pro zkvalitnění a humanizaci zdravotnické péče včetně zvýšení kvality života dětských pacientů". (Vymětal, 2004, s.170)

### **Role a úkoly herní specialistiky při zvládání strachu a úzkosti dítětem**

Výše uvedené poznatky o dětské úzkosti a strachu může herní specialista využít při práci s dítětem.

Ve všech ontogeneticky podmíněných úzkostech hraje klíčovou roli přítomnost resp. nepřítomnost matky. Ta je také vzhledem k připoutání, pokud je jisté a pevné, první, u koho dítě hledá útěchu. Herní specialista může tedy v případě matčiny nerozhodnosti nastínit vývojové souvislosti a pomoci jí hledat vhodné řešení.

Vzhledem k vázanosti na prostředí, je-li to z lékařského hlediska možné, je vhodné upřednostňovat domácí ošetřování. Pokud je hospitalizace nezbytná, může herní specialista vytvářet co nejvhodnější podmínky k tomu, aby si dítě mohlo přenést do nemocnice co nejvíc svých rituálů, vč. oblíbených hraček, které dítěti navozují pocit, že alespoň kousek domova má u sebe, že s ním nepřerušilo spojení. Zvyky daného dítěte může komunikovat i ostatním zdravotníkům a vytvářet dítěti jakési bezpečné prostředí v nemocnici.

V rámci práce s pacientem i volnočasových aktivit může dítěti nabízet vhodné hry, jimiž odreaguje svou případnou úzkost a strach. Vítaná je např. hra na doktora, během níž si dítě ve hře ztvární své prožitky. Pokud hraje doktora, má zároveň pocit, že ono samo ovládá situaci, což také snižuje napětí. Nebo dítě ve hře ztvární, jak by si kontakt s lékařem přálo, vloží do hry své představy.

Zvládat strach a úzkost dítěti pomáhá také to, že ho lidé přijímají i s jeho emocemi a pomáhají mu tyto emoce zvládat. Osvědčuje se postup, v němž má dítě nejprve možnost vyjádřit svůj strach (říct, nakreslit) a poté mu vlastními silami, podle potřeby s doprovodem rodiče nebo herní specialistiky, čelí. Strach za něj nemůže zvládnout nikdo jiný, ale druzí mu mohou být nablízku. Pokud by se dítě situacím, v nichž má strach, vyhýbalo, vedlo by to jen k upevňování jeho strachu a odkládání řešení.

## 2.5. Bolest

### Základní poznatky o bolesti

Bolest v medicíně nebyla dlouho chápána jako svébytný problém, jako nozologická jednotka, ale jen jako příznak. Dnes jí odborníci pozornost věnují, a díky tomu ji lépe diagnostikují i léčí a mohou vyvrátit mýty, které o bolesti panovaly.

Dítě bolest vnímá, a to už od prenatálního období. U dětí oproti dospělým je diagnostika a léčba obtížnější proto, že novorozenec projevuje bolest málo specificky a děti se v průběhu života teprve učí svou bolest popisovat. Bolest je záležitost velmi subjektivní (přestože existují objektivní metody diagnostiky), a o to nutnější je o bolesti s dítětem mluvit, naslouchat mu a respektovat jeho závěry. Kvůli tomuto až s věkem roste pravděpodobnost, že se dítěti dostane přiměřené léčby.

Definice bolesti říká, že je to "nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. (...) bolest je vždy subjektivní. Každý jedinec se učí používat slova při zážitcích a zkušenostech, které souvisejí s poškozením v raném věku". (Mareš, 1997, s.29)

Bolest je na jednu stranu důležitý signál, varování před poškozením tkáně. Na druhou stranu to je zátěž, která člověka poškozuje. Novorozenec prožívá "pouze" jakýsi obecný distres, nepříjemný stav a během života se toto prožívání diferencuje a dítě se učí odlišovat jednotlivé nepříjemné stavy, např. bolest, strach, úzkost. (tamtéž, s.31-32) Dokud si dítě nerozvine řeč, nemůže o bolesti mluvit, a proto na ni druzí lidé usuzují na základě behaviorálních projevů, např. u novorozenců jsou to difúzní pohyby těla, výraz ve tváři, křik. Rozhovor lze pro diagnostikování bolesti použít cca od 3-5 let, kdy je řeč i myšlení (pro tento účel) rozvinuto a dítě má i nějaké zkušenosti s bolestí.

Bolest má tři kvalitativní aspekty - senzorický, afektivní a hodnotící. Lze vymezit různé typy bolestí, např. podle věku, lokalizace, intenzity, kvality, časového průběhu, etiologie, patofyziologie, příslušnosti ke klinickému obrazu určité nemoci, reagování dítěte na bolest, podle možností léčby, možností zvládání jedincem samotným, podle subjektivního prožívání, zdravotních důsledků, psychosociálních zisků a ztrát. Tradičně se užívá rozdělení

bolesti na akutní, rekurentní (epizodickou, měnící se v čase), chronickou a nověji se přidává i procedurální. (tamtéž, s.41-47)

### **Role a úkoly herní specialistiky při zvládnání bolesti dítětem**

Herní specialista dětské pacienty připravuje na lékařská vyšetření, kterými jsou často bolestivé zákroky a při těchto vyšetřeních je doprovází. Proto uvedeme některé poznatky týkající se dětské bolesti, které souvisí s herní prací.

Děti si už jednou prožitou bolest obvykle nevybavují, nemluví o ní a z toho se dříve usuzovalo, že si ji nepamatují. Děti však bolest spíše znovupoznávají, když se ocitnou v situaci, která minulou bolestivou zkušenost nápadně připomíná, např. bílý plášť lékaře, ordinace, nástroje, nemocniční pach. (tamtéž, s.16-17) Z toho vyplývá častá zkušenost, že pokud rodič, lékař či herní specialista s dítětem o bolesti mluví před zákrokem, zůstává dítě klidné, nemusí mít konkrétní představu. Ale jakmile se v situaci ocitne, začne plakat, křičet, snažit se uniknout ze situace. Tato zkušenost tedy neznamená, že přípravy jsou zbytečné, ale působí zde mechanismus znovupoznání. Vyplývá z toho spíše, že je vhodné dítě při některých zákrocích provázet a pracovat s ním i při vyšetření.

Na bolest nelze usuzovat pouze z laboratorních výsledků a chování dítěte, protože bolest je subjektivní a chování při bolesti je naučené. Proto je potřeba s dítětem o jeho bolesti mluvit a průběžně zjišťovat, co, kde, jak apod. dítě bolí. Vhodným prostředkem je rozhovor, tuto metodu lze uplatnit od 3-5 let podle řečových dovedností konkrétního dítěte. Pokud dítě tápe, nemá slovní zásobu, může si odborník pomoci diagnostickými pomůckami. Používají se kresby dětské postavy (tzv. mapy dětské bolesti) nebo kiwanis panenky, kam dítě zakreslí bolavé místo, barevně zkusí vyjádřit i typ nebo intenzitu bolesti. Jinou pomůckou jsou žetony nebo kostky, jimiž dítě vyjadřuje intenzitu bolesti - žádný žeton znamená bez bolesti, jeden žeton malá bolest a čtyři žetony nesnesitelná bolest. Podobně dítě vybírá z fotografií nebo kreseb bolestivých výrazů ve tváři ten, který nejvíce vystihuje jeho bolest. Dále lze využít různé škály bolesti. Uvedené metody zvládnou děti předškolního a mladšího školního věku, starší mohou o svých bolestivých stavech psát deník. Při sledování časového průběhu bolesti potřebuje dítě pomoc po dlouhou dobu, protože dětské chápání času zůstává až do mladšího školního věku zkreslené resp. vágní. Proto se hodí strukturovaný rozhovor s poskytnutím záchytných časových bodů, např. jaké bolesti mělo dítě při probuzení, při snídani, v době

oběda aj. Na vnímání a prožívání bolesti se podílí i sociální vlivy a ty umožňuje zkoumat Marešem vyvinutá dětská kinetická kresba, kdy dítě kreslí sebe v situaci lékařského zákroku a zachycuje i ostatní lidi, místnost, věci a přepisuje, co si např. kdo myslí, co cítí, co říká. (tamtéž, s.85-118) Tyto metody může při zjišťování bolesti dětských pacientů používat právě herní specialista.

Odborníci věnují pozornost nově procedurální bolesti tj. bolesti způsobované bolestivými výkony, obvykle jsou to zákroky invazivní, jako např. odběr krve, injekční očkování, zhotovení zubní výplně, ale také např. ošetřování popálenin. Malé dítě nechápe, proč mu lékař, ke kterému přišlo proto, aby se uzdravilo, způsobuje bolest, proto dítě snadno zaujme k lékaři negativní postoj a spojí si s ním, ordinací, pláštěm aj. působení bolesti. (tamtéž, s.45-46) Z toho pro herní specialisty vyplývají dvě zkušenosti: Většina z nich se obléká civilně, volí barevné oblečení, aby pro děti nevypadaly stejně jako zdravotníci, kteří v rámci péče někdy pacientovi působí bolest. Druhá zkušenost souvisí s doprovodem na zákroky. Některé herní speciality dítě na bolestivý zákrok připraví, dovedou ho až k vyšetřovně či na sál, ale dál ne, aby nebyly přítomny situaci bolesti. Jiné naopak s dětským pacientem zůstávají i při zákroku a poskytují mu podporu. Zde tedy funguje dvojí praxe.

Bolest v sobě zahrnuje tři aspekty a na základě tohoto Mareš rozšířil o pátý stupeň konceptuální model bolesti Loestera a Cousinse. První stupeň představuje samotný bolestivý podnět a ten vyvolává bolest, která zasahuje psychickou rovinu člověka. Třetím stupněm je strádání, příp. utrpení, které zasahuje psychiku ještě víc tím, že k bolesti přistupuje úzkost, strach či osamění. Čtvrtý stupeň ovlivňuje behaviorální projevy člověka - bolestivé chování resp. chování při bolesti, které je naučené pod vlivem norem sociálních a kulturních. (tamtéž, s.34-35) Bolestivému chování se dítě učí např. operantním podmiňováním (např. po injekci je litováno nebo naopak odměněno za statečnost); nápodobou (pozoruje a napodobuje bolestivé chování druhého člověka); z psychosociálních modelů např. lineární model počítá s tím, že se dítě chová pod vlivem toho, co si o bolesti myslí; otevřený systémový model zahrnuje vliv sociálního prostředí (rodina, zdravotnický personál, škola) aj. (tamtéž, s.71-78) Pátý stupeň zahrnuje bolestivou situaci, tj. situace, v níž se vše odehrává, např. oddělení se spolupacienty a personálem, čekárna s jinými dětmi a rodiči, přístroje a nástroje, ale i škola, prostředí volného času dítěte aj. Bolestivá situace může bolest zesilovat i tlumit. (tamtéž, s. 35) Herní speciality obvykle mají možnost upravovat prostředí na oddělení, provádějí rodinu

hospitalizací, jsou s ní v častém kontaktu, a tak mohou usilovat o to, aby se dítě učilo bolestivou situaci snášet a rozvíjelo si přiměřené copingové strategie.

### **Psychologické přístupy k léčení bolesti**

Bolest zasahuje do psychosociální roviny člověka a zároveň psychika ovlivňuje vnímání a zvládání bolesti. Proto se při léčbě využívají psychologické metody zvládání bolesti. Příkladem může být souvislost bolesti se strachem a úzkostí: zážitek bolesti je zesilován úzkostí a strachem a platí i naopak, že očekávání bolesti vyvolává strach a úzkost. Snášení bolesti je naučené. Děti si postupně vyvíjejí vlastní copingové strategie pro zvládání bolestivého chování, které jsou buď adaptivní nebo maladaptivní. Herní specialista používáním psychologických přístupů k léčení bolesti mj. dítěti umožňuje zakusit, že se na zvládání bolesti dokáže podílet samo, vlastními silami.

Následuje stručný přehled metod:

Vhodné terapeutické prostředí: Prostor by měl působit příjemným dojmem, které by dítě nestresovalo víc než samotná bolest. Vytvořit takové prostředí znamená vyzdobit a zútulnit oddělení (barvy, obrázky, hračky, odstranit přístroje a nástroje ze zorného pole dětského pacienta); připravit personál na používání vhodných forem práce; psychologicky připravit děti a rodiče na to, co se bude dít; zajistit dětem sociální oporu; dětskou bolest nebagatelizovat, ale reagovat na ni individuálně.

Svalové relaxování: Bolest obvykle vyvolává napětí a podrážděnost a tím i svalové napětí. Cílem relaxace je toto napětí uvolnit. Osvědčuje se zatínání a uvolňování různých svalových skupin, přičemž si děti mohou pomáhat různými představami. Relaxovat zvládnout děti již od dvou let. Relaxace nemá přímo analgetický efekt, ale snižuje úzkost a strach, a tím i zážitek bolesti.

Operantní podmiňování: Jedná se o typ učení, ve které se dítě učí, přeučuje či odnaučuje určitému chování při bolesti. Jedná se o sekvenci stimulu (bolestivý podnět) - reakce (bolest) - zpevnění. Zpevnění může být pozitivní, neutrální nebo záporné. Formy jsou různé, např. novorozence rodič pochová v náruči, starší dítě lékař odmění obrázkem; v jiném případě rodiče litují a zdravotníci zákrok nedokončí, zde však hrozí nebezpečí, že dítě se naučí, že pokud hodně křičí, stane se středem pozornosti a soucitu a zákroku se vyhne.

**Modelování:** Dětský pacient se učí vhodnému chování tím, že napodobuje žádoucí vzor, podstatou je tedy observační učení a učení nápodobou. Vzorem může být spolupacient, člověk zachycený na videozáznamu, pohádková bytost aj. Dítě tím, že pozoruje, se zároveň dozvídá, co ho čeká, což redukuje jeho úzkost a strach. Dobře na tuto metodu reagují děti od zhruba dvou let do jedenácti.

**Odvádění pozornosti:** Provádí se v okamžiku bolesti či bolestivého zákroku, kdy se dítě plně soustředí na nějaký předmět, která s bolestí nesouvisí a tím prožívanou bolest redukuje. Jádrem úspěchu spočívá v nalezení toho, co konkrétní dítě plně zaujme, např. hračka, odřikávání abecedy pozpátku, sledování videa aj. Právě podle těchto předmětů či činností je postup proveditelný u dětí v podstatě po celé dětství, ideálně od cca 8-9 let.

**Imaginativní techniky:** Dítě si pomocí instrukcí sestry vyvolává představy něčeho příjemného, např. slunečních paprsků, prázdnin. Dobře na tento postup reagují děti počínaje školním věkem, ale podmínkou je dobrá představivost. Často je součástí svalové relaxace, odvádění pozornosti nebo biologické zpětné vazby.

**Řešení problémů:** Techniku mohou zužitkovat starší děti, s rozvinutým myšlením, cca od 12 let, které si dokážou vymezit, definovat problémy související s bolestí. Potom prostřednictvím rozhovoru s dospělým hledají možná řešení, zvažují pro a proti a hledají to nejlepší, které pak nacvičí a zrealizují.

**Terapie hrou:** Dítě prostřednictvím hry může vyjádřit své obavy či problémy, může si korigovat své chybné představy, vyzkoušet si copingové strategie. Metoda je postavena na spontánním zájmu dětí o hru, na jejich fantazii a tvořivosti, konkretizování neznámého, ztotožnění se s hračkou aj. Použitelné ve věku od zhruba dvou do jedenácti let.

**Snižování citlivosti:** Metoda je využitelná, když dítě čeká zákrok, ze kterého má strach. Nácvik je však dlouhodobý, jde o systematickou desenzibilizaci, podmínkou je klid a trpělivost všech zúčastněných, vyškolený personál. Dítě nacvičuje dovednost, navodit si příjemný stav, potom si do něj představuje situace postupně od příjemných až po obávané a při tom usiluje o zachování příjemného stavu. Tento postup se může učit dítě od přibližně dvou let.

Další metody - biologická zpětná vazba, hypnóza, rodinná a skupinová psychoterapie jsou určeny speciálně vyškoleným odborníkům (tamtéž, s.147-163).

## 2.6. Sociální opora

Sociální opora se ukazuje jako významný protektivní faktor při zvládání zátěžových situací, při nastolování a udržování pocitu pohody a také ve vztahu připoutání mezi matkou a dítětem. Uvedeme vymezení pojmu a ty základní teorie a poznatky, které se dotýkají tématu herních specialistek a jejich práce. Vyjdeme při tom z ucelených přehledů Šolcové a Kebzy (1999) a Křivohlavého (1999a).

Sociální oporu lze definovat jako "pomoc, která je poskytována druhými lidmi danému člověku, nacházejícímu se v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která tomuto člověku jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje". (Křivohlavý, 1999a, s.108-109)

Sociální oporu odborníci zkoumají z několika hledisek. Spíše sociologický pohled říká, že sociální opora je součástí sociální směny a ta je založena na sociálních interakcích mezi lidmi. Člověk čerpá sociální oporu ze vztahů k druhým lidem a tyto pozitivní vztahy se podílejí na vytváření psychické pohody a zdraví. (Šolcová, Kebza, 1999, s.20-21)

Psychologicko-medicínský pohled hovoří o dvou teoriích: Sociální opora v pojetí teorie zvládání stresu tvoří jakýsi nárazník, který tlumí dopad škodlivého stresu na člověka. Člověk, který disponuje oporou v pozitivních mezilidských vztazích, jednak snadněji zvládá závažné životní změny i drobné každodenní nepříjemnosti a jednak lépe zvládá nemoci a příznivě ovlivňuje celkový zdravotní stav. Naproti tomu pokud člověk zažívá vysoký stres a zároveň nízkou sociální oporu, predikuje to vznik a rozvoj nemoci. Podrobnější pohled ukazuje, že neutrální a pozitivní životní události mají příznivý vliv na zdraví člověka. Negativní vliv mají nevyřešené životní události; vyřešené jsou ty životní zážitky, z nichž si člověk může pro svůj další život vyvodit pozitivní důsledky. (Šolcová, Kebza, 1999, s. 21-25)

Sociální opora se zkoumá také v souvislosti s teorií sociálního připoutání. Tuto teorii formuloval J.Bowlby, když zkoumal vztah malých dětí a matek a zjistil, že mezi sebou mají pevnou, trvalou vazbu, díky níž pociťují připoutání a náklonnost k sobě navzájem. Tato vazba je natolik zásadní, že pokud o ni dítě přijde, dochází k poruchám vývoje a závažným důsledkům. Pokud dítě pociťuje obavu, že by o tuto vazbu ke své matce mohlo přijít, dochází k úzkostnému sociálnímu připoutání. (Křivohlavý, 1999a, s.107)

Důležitou položkou při zkoumání sociální opory je sociální síť. Tento pojem vychází z faktu, že lidé mezi sebou mají různé vazby a k nim se vztahují prožitky, myšlenky, pocity.

Strukturu sociální sítě konkrétního člověka jde charakterizovat prostřednictvím hustoty, reciprocity, složení podle různých kritérií (pohlaví, věk, profese, zájmy), stability v čase a homogenity. Při úvahách o sociální podpoře člověka je na místě zvažovat zejm. kvalitu struktury vztahů, jejich reciprocity, intenzitu a bohatost těchto vztahů v sociální síti člověka. (Šolcová, Kebza, 1999, s 26)

Další významným jevem je opěrná sociální síť. Znamená "soubor všech k danému jedinci zaměřených podpůrných dyadických vztahů. Příkladem může být vztah rodičů k dítěti nebo vztah personálu nemocničního oddělení k danému pacientovi". (Křivohlavý, 1999a, s.116) Protikladným jevem je sociální izolace se svými negativními důsledky.

### **Hledání, nabízení, přijímání pomoci**

Z hlediska činností, které mají být pomocí jednoho člověka druhému, se hovoří o hledání a přijímání pomoci na jedné straně a o poskytování pomoci na straně druhé. Aby pomoc byla skutečně účinnou a vítanou pomocí, je potřeba brát v úvahu aktuální potřeby příjemce a jeho představy o tom, jak by měla vypadat opora jemu poskytovaná. Pokud se mu dostává pomoci, o kterou nestojí, nebo se mu nedostává pomoci vůbec, prohlubuje se distres, dochází k frustraci nevyslyšeného příjemce (žadatele) nebo odmítnutého poskytovatele, může dojít ke konfliktu mezi poskytovatelem a příjemcem. Naproti tomu, pokud poskytovatel nabízí účinnou pomoc ve vhodný okamžik a příjemce ji akceptuje, jsou oba spokojeni. (Mareš, 2001, s.215-216)

Výše uvedené situace nesouladu, které mohou nastat, ukazují, že téma sociální opory se nevztahuje výlučně k pozitivním účinkům. Druhý typ situací, kdy sociální opora může mít negativní dopad, jsou ty, kdy sociální opora vytváří závislost příjemce na poskytovateli, snižuje či brání pokusům o vyřešení problému vlastními silami. Někteří lidé chtějí své zátěžové situace řešit sami, protože to odpovídá jejich představě o vlastní autonomii, soběstačnosti, nezávislosti, a přijetí sociální opory by ohrozilo jejich sebeúctu, kontrolu nad událostmi, vytvořily by se pocity viny, úzkosti či selhání. Negativní důsledky mohou dopadat i na poskytovatele sociální opory, vč. profesionálů - mohou se cítit přetížení, frustrování odmítnutím pomoci, může dojít k syndromu vyhoření. (Šolcová, Kebza, 1999, s.29-30)



Zajímavým modelem jsou čtyři druhy sociální opory vytvořené J.Housem. (Šolcová, Kebza, 1999, s.25; Křivohlavý, 2001, s.75-76) Hlavní funkcí sociální opory je poskytnout pomoc člověku v náročné situaci. Podle toho, o jakou pomoc se jedná, rozlišují se čtyři druhy:

- Emocionální - jde o poskytování emocí jako je láska, víra, empatie; sociální opora spočívá v možnosti svěřit se a být vyslyšen. Tento typ sociální opory je velmi patrný např. ve vztahu mezi matkou a dítětem.
- Informační - jedná se o zprostředkování informací nebo rad, které pomáhají vyrovnat se se složitou situací.
- Hodnotící - myslí se tím hodnocení komunikace, které je relevantní pro sebehodnocení člověka. Konkrétně jde o projevy úcty, akceptace, respektu, díků, vyjádřené např. slovy, úsměvem, pohlazením. Hodnocení může být i záporné, např. neúcta, opovržení, úsměšek. Hodnocení má vliv na sebepojetí příjemce.
- Instrumentální - to je praktická pomoc, v podobě poskytnutí věcí, peněz, činností. Opět může mít i negativní podobu, např. naschvály.

Pokud jde o zjišťování sociální opory, existuje mnoho škál a dotazníků pro dospělé (Šolcová, Kebza, 1999, s.30-32) i pro děti. J.Křivohlavý vyvinul metodiku Topologický přístup k diagnostikování sociální opory dětí: jedná se o soustavu kreseb kruh - pavouk - teploměr (Křivohlavý, 1999b, s. 67-70).

### **Sociální opora z hlediska herních specialistek**

Nemoc či úraz představují pro dítě i jeho rodiče náročnou situaci. Tento stav aktivuje některé sociální potřeby u obou, např. potřebu sociálního kontaktu, když jsou přerušeny některé vztahy s blízkými (část rodiny, přátelé). V novém prostředí nemocničního oddělení mezi blízkými lidmi vyvstává potřeba být přijímán druhými. V situaci změněného zdravotního stavu se aktualizuje potřeba pečovat a být opečováván. V takové situaci rodič i dítě hledají sociální oporu a tu jim může nabídnout právě herní specialistka.

Sociální oporu za běžných i náročných situací poskytuje matka dítěti, mají mezi sebou vztah vzájemného připoutání. Pokud je jejich vztah přerušen, např. právě hospitalizací, dochází ke stresu, a herní specialistka může poskytnout sociální oporu dítěti

hospitalizovanému bez rodiče. Současně by měla podporovat rodiče v poskytování opory např. formou častých návštěv.

V každém případě, ať je dítě hospitalizováno s rodičem či bez něj, pokud se mu dostává sociální opory, má to příznivý vliv na zdraví a na zkracování rekonvalescence.

Jak je uvedeno výše, existují lidé, kteří z různých důvodů sociální oporu přijmout nechtějí, např. proto, že se to neshoduje s jejich představami o samostatnosti, soběstačnosti, nezávislosti, chtějí situaci řešit vlastními silami. V takovém případě je na místě respektovat jejich přání. A podmínkou takového řešení je zjistit, zda dětský pacient a jeho rodič přijímat sociální oporu chtějí, či ne. Nutné je tedy komunikovat o představách o sociální opoře.

Druhým důvodem, proč je potřeba s rodinou komunikovat, spočívá v jiné výše popsané situaci, kdy se rozchází přijímání a nabízení sociální opory a výsledkem je frustrace buď na straně poskytovatele nebo na straně příjemce.

Pro herní specialistiky by mohlo být inspirativní Houseovo rozlišení čtyř druhů sociální opory na emocionální, informační, hodnotící a sociální, a to ze dvou důvodů. Model ukazuje, co konkrétně může představovat pomoc, kterou herní specialista rodině nabídne - např. empatické porozumění, rada, akceptace, praktická pomoc (např. uvaření kávy aj. kroky pro zvýšení pocitu pohodlí). Model však zároveň nastiňuje rizika, která mohou nastat, když sociální opora není adekvátní, např. není žádaná nebo se mýlí s představami o pomoci druhé strany, viz opakovaně zmiňovaná frustrace, nedostatek respektu, naschvály. Je-li si herní specialista těchto mechanismů vědoma, může to přispět ke zvýšení její profesionality v péči o rodinu, lepšímu nahlédnutí do příčin případných konfliktů a taky se účinněji chránit před riziky pomáhajících profesí, jako jsou pocity zatížení, frustrace, syndrom vyhoření.

Pokud jde o diagnostikování sociální opory prostřednictvím dotazníků, škál aj., pracuje s těmito metodami psycholog. Herní specialista díky svému každodennímu kontaktu s pacientem a rodinou si může všimnout případných nápadností a informovat psychologa, který zvolí další postup.

Herní specialista sociální oporu nejen poskytuje, ale také sama čerpá. Zdroje sociální opory lidé nacházejí mezi svými nejbližšími, bývá to vlastní rodina a přátelé. V případě pracovního stresu se však jako efektivnější ukazuje sociální opora poskytnutá nadřízeným; pomoc kolegů či lidí mimo práci nebývá tolik účinná. (Šolcová, Kebza, 1999, s.25)

## 2.7. Etické aspekty

Tak jako každý pracovník, který se setkává s druhým člověkem a díky jeho ochotě a otevřenosti proniká do jeho vnitřního světa, mělo by být součástí profesionality herní specialistiky respektování etických principů při kontaktu s pacientem a jeho rodinou, se spolupracovníky i dalšími osobami (studenti, tisk aj.). S tímto požadavkem souhlasí Společnost pro herní práci s dětmi v nemocnici, když plánuje formulovat vlastní etický kodex. Důraz na respektování etických zásad je součástí trendu humanizace zdravotnictví. Ve světě se tyto tendence prosazují již od poloviny 20.století, u nás od 90.let.

První signál vyšel v r. 1960 z angloamerického prostředí, a je to požadavek mít pacientův informovaný souhlas s diagnostikou a terapií. Tento požadavek odkazuje na právo na sebeurčení, což znamená, že každý člověk je pánem svého těla a může, pokud je toho schopen, o něm rozhodovat.

Jiným mezníkem je tzv. Belmontská zpráva autorů Beauchampa a Childresse z roku 1979, která vytyčila základní etické principy, vycházejíce při tom z teorie W.D.Rosse o prima facie principech, tedy zásadách patrných na první pohled, jednoznačných, jasných, samozřejmých. Základní etické principy jsou čtyři:

"Princip neškození zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné (...). Toto pravidlo bývá (...) upřednostňováno i před dobřečiněním a vyplývá z něj omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních." (Munzarová, 2005, s. 43)

"Princip dobřečinění představuje pozitivní dimenzi neškození: předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro, tzn. tělesnou a duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastních plánů." (tamtéž, s.43)

"Respekt k autonomii, tzn. respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivnění (...). Každý člověk je nejlepším soudcem vlastních záměrů a zájmů. (...) Autonomie předpokládá schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost uskutečnit vlastní plán, který si člověk předsevzal." (tamtéž, s.44)

"Princip spravedlnosti má souvislost především s rozdělováním prostředků, dobra i zátěže a služeb." (tamtéž, s.44)

Beauchamp a Childress vedle těchto principů rozpracovali i pravidla (pravdivost, důvěrnost, ochrana soukromí, věrnost) a ideály jednání (ochota prominout, velkomyslnost - šlechtnost, soucit, laskavost), jež by se měly promítat do vztahu mezi pacientem a lékařem. (tamtéž, s.42-44)

Od 90.let se ozývají kritické hlasy vůči těmto výše uvedeným principům, z nichž je akcentován především princip autonomie - jestliže za stěžejní přijmeme přání pacienta, rezignujeme tím na představu, že v lékařství existuje společná mravnost, která nás přesahuje.

Jednou z nejnovějších iniciativ v rámci diskuze o etických otázkách je text Project of ABIM Foundation z roku 2002, v němž autoři formulují tři základní principy - prvenství blaha nemocného, princip pacientovy autonomie a princip sociální spravedlnosti - a dále profesionální odpovědnosti a závazky (např. profesionální kompetence, čestnost vůči nemocnému, důvěrnost). (tamtéž, s.44-45)

Aby všichni pacienti měli jistotu, že se jim etického zacházení skutečně dostane, a aby základní etické zásady byly zaručeny, dává společnost etické problematice právní rámec. Proto vznikly dokumenty - nejprve v roce 1981 Lisabonská deklarace o právech pacientů a v roce 1997 Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která si klade za cíl chránit důstojnost člověka a jeho práva. Speciálně k dětem se vztahuje Charta práv hospitalizovaných dětí schválená v roce 1988 na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech, Česká republika se k ní připojila v roce 1993.

Zásady stanovené chartou zní:

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.

5. Děti a rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hře a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi by mělo být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno. (např. [usm.lf1.cuni.cz/charta.doc](http://usm.lf1.cuni.cz/charta.doc))

### **Etická dilemata v práci herní specialistiky**

Herní specialista se při své práci ocitá v situacích, které jsou nebo se mohou vyvinout v situace eticky akcentované. Musí zvažovat všechna pro a proti a hledat nejvhodnější řešení, musí zvažovat míru své angažovanosti (od vyslechnutí po učinění rozhodnutí), musí uvážit zachování sděleného v důvěrnosti či oznámení třetí osobě aj. Zde jsou příklady:

#### **Autonomie dětského pacienta**

Princip respektu k autonomii vyžaduje jistou opatrnost při aplikaci na jednání s dětským pacientem. Jak citace výše uvádí, předpokladem je schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost uskutečnit vlastní plán. A protože tuto schopnost si člověk v průběhu života teprve osvojuje a rozvíjí, musíme postupovat opatrně, s plným přihlédnutím k pacientovým schopnostem. Neznamená to dítě o tento respekt připravit, ale nechávat mu prostor pro rozhodování v záležitostech, které mu jsou srozumitelné, a rozhodováním ho citlivě provázet. Právě herní specialista může být jednak oním průvodcem a "spoluhladačem" dobré alternativy a jednak by měla bdít nad tím, aby druzí, ať rodiče nebo personál, byť v dobré víře, dítěti neubírali prostor pro jeho autonomní rozhodování nebo naopak nenakládali na něj zodpovědnost za rozhodnutí, které nezvládá učinit. Herní specialista může pomoci rodičům i zdravotníkům reflektovat jejich vztahování se k dítěti - pacientovi.

### Důvěrnost sděleného

Herní specialista se díky navázanému vztahu s dítětem stává jeho důvěrníkem. Je to pozitivní přínos herní specialistiky na oddělení, může tím dítěti pomoci vyrovnávat se s nemocí a hospitalizací. Často se díky tomu dozvídá věci, které dítě nechce svěřit nikomu jinému. Pak musí vyhodnotit, zda to je důvěrné sdělení, které zůstane mezi ní a dítětem, nebo to je naopak informace takového rázu, že je potřeba ji sdělit další osobě, např. bolest, způsob, jakým došlo ke zranění aj.

Herní specialista tedy vždy musí postupovat tak, aby jí dítě důvěřovalo a mohlo se svěřit, pokud chce, ale zároveň aby nebylo překvapeno a nechápalo jako zradu, pokud by si herní specialista nemohla nechat sdělené jen pro sebe. Předcházet tomu je možné tak, že herní specialista avizuje ochotu vyslechnout, povídat si o svěřeném trápení, ale zároveň sdělit, že některé věci lze řešit jen s pomocí třetí osoby, ale vždy bude postupovat diskrétně - respektovat a chránit soukromí dítěte a jeho rodiny.

### Poskytování informací

Jiný typ etického dilematu je poskytování informací. Za nezletilého pacienta rozhodují jeho právní zástupci. Pokud si ti nepřejí, aby dítě bylo informováno, měl by personál jejich rozhodnutí respektovat. Někdy však rodiče chtějí dítě chránit, ulehčit mu situaci a domnívají se, že nejlepším řešením je, když dítě nebude nic vědět. Pak by měla herní specialista rodičům nabídnout rozhovor, v němž by mohli zvážit, zda je to skutečně nejoptimálnější řešení pro jejich dítě. Někdy se za požadavkem nic dítěti neříkat skrývá strach a úzkost rodičů, ale dítě by informováno být chtělo. Obtížná situace je v takovémto případě zejm. u větších dětí a dospívajících, kteří se v mnoha oblastech rozhodují samostatně, a tak chtějí být informováni i o důvodech hospitalizace, příčině a povaze nemoci, diagnostických a léčebných zákrocích.

## **3. Možnosti rozvoje profese herních specialistek**

### **3.1. Sebezkušenostní výcvik**

Některé herní specialistiky v rozhovorech mluvily o nutnosti nedirektivního přístupu k pacientům a jejich rodinám, proto pojednáme o tom, co herním specialistkám pro jejich práci s

pacienty nabízí rogersovský přístup. Tento přístup volíme proto, že je charakteristický právě svou nedirektivností. To však neznamena omezení, herní specialistky jistě mohou čerpat inspiraci a dovednosti i z jiných směrů a přístupů.

### **Rogersovský přístup**

Rogersovský přístup je jedním ze směrů humanistické psychologie a jeho přístup k člověku a zásady jsou využitelné pro profese, které se snaží pomáhat druhým. (Vymětal, Rezková, 2001, s.14) Charakteristickými znaky jsou nedirektivnost, empatické chování terapeuta ke klientovi a terapie zaměřená na klienta, někdy se užívá označení terapie řízená klientem, zejm. pokud jde o rychlost průběhu a probíraná témata. (tamtéž, s.16) Z Rogersova pojetí vychází snaha vytvořit obecný, integrativní model psychoterapie, především pokud jde o pojetí vztahu mezi klientem a terapeutem. (tamtéž, s.25) Herní specialistky samozřejmě neusilují o psychoterapii, ale vzhledem k tomu, v jaké situaci se setkávají s druhým člověkem (viz výše), mohou využít některé poznatky, zásady, zkušenosti, dovednosti, které nabízí psychoterapie.

Rogersovský přístup bývá označován jako nedirektivní. "Slovo nedirektivní neznamena pasivitu, nýbrž skutečnost, že druhému nevnučujeme své stanovisko a ani jej přímo v rámci léčebného procesu neřídíme. Dále pak, že jím v žádném směru nemanipulujeme, přičemž manipulaci rozumíme jednání s protějškem jako s objektem, tedy věcí". (tamtéž, s.15) Terapeut má za úkol pacienta provázet, tedy vytvořit mu bezpečný prostor pro navázání vztahu. (tamtéž, s.66) A nedirektivnost také znamená, že všechno má charakter nabídky, kterou pacient může a nemusí přijmout. (tamtéž, s.109) Zde je na místě připomenout cíl herních specialistek být rodině v době hospitalizace především průvodcem, důvěrníkem a komunikačním mostem mezi rodinou a personálem na oddělení.

Rogers mluví o základních charakteristikách terapeutického vztahu, které jsou podmínkou účinnosti psychoterapie. Rogersovský přístup léčí vztahem mezi klientem a terapeutem, proto základní proměnné nachází u obou. Navíc terapeut svými osobními vlastnostmi, postoji a chováním vytváří tzv. základní vztahovou nabídku resp. podobu vztahu mezi ním a klientem. (tamtéž, s.69)

Základní proměnné jsou:

- na straně pacienta: sebeexplorace a sebeexplikace
- na straně terapeuta: akceptace, empatie a autenticita.

Nyní k jednotlivým proměnným podrobněji.

#### Sebeexplorace

Tedy objevování sebe sama, "subjektivní proces, během něhož se člověk sobě i druhému otevírá a zabývá se svým nitrem, tedy osobně významnými obsahy vlastního duševního života." (tamtéž, s. 60)

#### Sebeexplikace

Klient usiluje o pochopení objeveného, "spočívá v aktivním hledání souvislostí mezi obsahem vědomí a jeho prožíváním, jde o nalezení osobních významů, porozumění souvislostem a jejich výklad." (tamtéž, s.62)

#### Akceptace

Znamená přijímání druhého člověka proto, že je. "Znamená základní postoj, kdy je terapeut vůči pacientovi zcela otevřen, vstřícný a přijímá ho bezvýhradně jako hodnotnou bytost zasluhující si úctu a respekt." (tamtéž, s.70)

Akceptovat tzn. bezvýhradně přijímat druhého člověka může snáze člověk osobnostně zralý a vnitřně stabilní. Osobnostní zralost je pro bezvýhradné přijetí druhého člověka prvořadá. Zahrnuje akceptování sebe sama, hluboké sebepoznání, vnitřní stabilitu. Tyto vlastnosti souvisí s individuálním vývojem, s možností reflektovat vlastní životní zkušenost, s reflektováním vlastních vztahů k významným lidem, k čemuž se dospívá prostřednictvím sebepoznání. "Jiného člověka jsem schopen a ochoten akceptovat do té míry, do jaké akceptuji sám sebe." (tamtéž, s.75). Na akceptování pacienta má vliv také aktuální duševní a tělesný stav herní specialistiky.

#### Empatie

"Empatie je schopnost projevující se tím, že s různou mírou přesnosti zachycujeme aktuální prožívání druhého člověka, které souvisí s určitými obsahy jeho vědomí, tedy i zkušenostmi, spolu s individuálními významy, jež pro něho tyto obsahy a zkušenosti mají." (tamtéž, s.83). Někdy se nepřesně empatie vysvětluje jako vcítění, ale lépe je porozumění vcítěním, protože jde o poznávání druhého člověka, do kterého se zapojují nejen pocity, ale i



kognice, a díky tomu se terapeut přibližuje subjektivitě druhého člověka, jeho pocitům a významům, které nesou obsahy jeho vnitřního světa. Empatie souvisí i s komunikačními dovednostmi zejm. verbální obratností a odráží se i v neverbálním chování. (tamtéž, s.83-87)

Empatičtí lidé bývají opět vnitřně stabilní, mají vyšší úroveň sebepoznání, s životními zkušenostmi a pozitivním (vstřícným, altruistickým) postojem k druhým lidem. Pomáhá i vnitřní podobnost s pacientem a podobné životní zkušenosti. Důležité je zejm. to, že dovednost empatie je dobře ovlivnitelná, může se rozvíjet výcvikem a profesionálními zkušenostmi včetně supervize. Empatii lze pacientovi projevovat prostřednictvím následujících technik, které si lze tréninkem osvojit - aktivní naslouchání, empatické otázky, zrcadlení, parafrázování, reflexe, účastné a zájem vyjadřující otázky. (tamtéž, s.93-99)

#### Autenticita

Znamená ryzost, věrohodnost, transparenci terapeuta. "Autenticita je rysem osobnosti a znamená, že terapeut je v každém okamžiku ve svém jednání sám sebou, tedy konkrétním, nezáhadným člověkem, jehož projev a komunikace jsou jasné a odpovídají terapeutovu momentálnímu prožívání a smýšlení." (tamtéž, s.100)

Být autentický k druhému předpokládá být autentický sám k sobě, autenticita rovněž jako předchozí dva rysy koreluje s osobní zralostí člověka a s jeho vnitřní stabilitou, které je možné prohloubit terapeutickým výcvikem. (tamtéž, s.100) Předpokladem autenticity je rozvinutá vnímavost k sobě. "Vysoce autentický člověk, tedy ten, kdo je schopen být upřímný především vůči sobě, je neúzkostný, a zároveň je u něho bohatě rozvinutá introspekce a sebeexplorace (...). Jen vysoce autentický terapeut může být vůči sobě i druhému otevřený a je schopen pacienta plně akceptovat." (tamtéž, s.104-105)

Tyto tři proměnné na straně terapeuta vyvolávají u pacienta zpravidla žádoucí odezvu, díky níž dochází ke změně.

Pro vedení nedirektivního empatického rozhovoru lze doporučit několik pravidel a zásad:

- zaměřujeme se na vnitřní svět pacienta
- vycházíme zásadně z pacienta, on sám řídí rychlost terapie a její průběh

- frekvence verbálního projevu terapeuta k pacientovi by měla odpovídat poměru zhruba 1:3 tzn. na tři věty pacienta by měla připadnout jedna věta terapeuta, ale jde o velmi schematické pravidlo
- mluvíme přirozeným jazykem, přizpůsobujeme se řeči pacienta
- používáme spíš kratší věty
- vyhýbáme se cizím slovům a odborným výrazům
- mluvíme konkrétně a jednoznačně. (tamtéž, s.99)

### **Možné přínosy sebezkušenostního výcviku herním specialistkám**

Existuje několik důvodů, proč by herní specialistky mohly obohatit a zkvalitnit svoji práci s pacienty a jejich rodinami díky absolvování uceleného dlouhodobého sebezkušenostního výcviku, zahrnujícího sebepoznávání, osvojování profesních dovedností a znalostí a supervizi (běžně mluvíme o psychoterapeutických výcvicích). Herní specialistky:

- provázejí pacienta a jeho rodinu náročnou životní situací (nemoc či úraz a hospitalizace)
- některé respondentky za jádro herní práce označily např. komunikaci, nabízení vztahu
- pacienti a jejich rodiny v nich hledají oporu a důvěrníka
- v některých situacích poskytují krizovou intervenci (např. nečekané komplikace při diagnostickém nebo terapeutickém zákroku, náhlá smrt dítěte aj.)
- jejich práce vyžaduje, aby cele zapojily sebe sama, jejich osobnost je jejich pracovním nástrojem.

Proto se pokusím uvést argumenty pro další vzdělávání a rozvoj právě touto cestou. Hlavní otázka zní, co může sebezkušenostní výcvik a případně rogersovský přístup herním specialistkám nabídnout. Zde zmíním jen ty změny, které by mohly být nejvíce patrné ve vztahu pacienta a herní specialistky.

Díky akceptaci se herní specialistka stává pacientovi blízkým a důvěryhodným člověkem, ten přestává být na problémy sám. Pacient v tomto vztahu naplňuje svou potřebu uznání a zvyšuje se jeho sebeúcta, což ho posiluje ve zvládání nemoci a hospitalizace. (tamtéž, s.74)

Díky empatii může herní specialistka vůči pacientovi postupovat vnímavě, šetrně, ohleduplně, proto pacient obvykle neprojevuje odpor, nemobilizuje obranné mechanismy.

Naopak získává pocit subjektivní blízkost s herní specialistkou, začíná jí důvěřovat, uklidňuje se a rozvíjí se jejich vzájemný vztah. Dovednost empatie uplatní herní specialistka i při poskytování psychologické první pomoci, což je první krok psychoterapeutické krizové intervence. Empatie umožňuje vytvořit prostor, v němž se pacient a/nebo jeho blízcí uvolní a posléze najdou znovu svou vnitřní stabilitu. (tamtéž, s.86-89)

Díky autenticitě herní specialistky se pacient vnitřně uklidňuje, protože ví, na čem je, začíná jí důvěřovat, prohlubuje se jejich vzájemný vztah. Na základě učení nápodobou má pacient možnost zabývat se svým vnitřním životem a důležitými vztahy a učí se řešit své problémy. (tamtéž, s.105)

### **3.2. Supervize a burn-out syndrom**

Supervizi se ve své monografii věnují Hawkins a Shohet (2004). Pro všechny podoby péče pomáhajících o sebe používají označení supervize.

Povaha a náplň práce řadí herní specialistky mezi pomáhající profese. Setkávají se s druhými lidmi, jejich emocemi, starostmi, náročnými situacemi, jako je nespokojenost, různé námitky, kritika, agrese, ale na druhou stranu i s jejich radostmi. To vyplývá z jejich role komunikátora, mostu mezi rodinami a zdravotníky. A herní specialistky mají své vlastní potřeby, přání, emoce, stejně jako rodiny a hospitalizované děti. Supervize je tedy na místě, dále se pokusíme shrnout důvody a možné zisky.

Pomáhající, tak jako jiní, mívají období "emočního neklidu" a supervize jim poskytuje chráněný a bezpečný prostor, kde mohou své emoce prožít, uvažovat o nich, poučit se. Jindy přicházejí pochybnosti, zda svou práci člověk dělá dobře. Takové tlaky mohou přijít i zvenku. Pak je potřeba podívat se nasituaci s odstupem a vyrovnat se s ní, aniž by pomáhající ze svých domnělých chyb obviňoval druhé, ať klienty či pacienty.

Supervize je součástí péče o sebe sama, seberozvoje, odhodlání jít dál, umožňuje člověku se neustále učit. Brání vzniku pocitů opotřebovanosti, rigidity, snižování si svého standardu práce; nabízí sociální oporu. Pracovník v pomáhající profesi často nemá hmatatelné důkazy o tom, že svou práci dělá dobře a účinně, a supervize mu poskytuje zpětnou vazbu.

V supervizi se nabízí některá obecná témata. Je to např. zamyšlení nad motivy, které člověka přivedli k pomáhání druhým. Pokud se pomáhající vidí v roli zachránce bezmocných

či nešťastných, může mu to bránit vidět silné stránky klientů, napomáhat rozvíjet jim copingové strategie, může to svádět k posilování závislosti klientů na sobě. Pomáhající je spíše prostředníkem na cestě k pomoci. To, že si však klienta nenárokuje, neznamená, že je mu klient lhostejný. Za přáním pomáhat a léčit se někdy skrývá touha po moci nebo soutěžení, srovnávání se s klientem s podtextem "já jsem lepší".

Jiným tématem v supervizi se stávají vlastní potřeby pomáhajícího člověka. Ten je někdy tak zaměřen na potřeby klienta, že přehlíží své vlastní a dochází k frustraci. Pomáhání však uspokojuje i potřeby sociální jako např. být oblíbený, oceňovaný, vyhledávaný, nápomocný, s dobrými a nezištnými úmysly. Když ale klient není ve vztahu s pomáhajícím spokojený, netěží z něj, nebývá pro pomáhajícího snadné toto vyjádření akceptovat. Vstoupit do supervize je připomínkou, jaké to je být v roli klienta, což může zvýšit porozumění a posílit empatické vztahování ke svým klientům. Supervize je také místo, kde může pomáhající získat podporu a sociální oporu, kde on sám může načerpat síly. Jako námět pro supervizi se nabízí zmapování své sociální opory, jaké jsou zdroje této pomoci, jak jsou dostupné.

Pomáhající bývají často přetíženi, obvyklým stresorem se po čase stávají lidé, neustálý kontakt a komunikace s nimi. Cesta vede přes práci s těmito stresory, registrovat je a aktivně na ně reagovat, neutíkat před nimi. Neodžitý stres se kumuluje a způsobuje tělesné, psychické a/nebo emoční problémy. Je potřeba poznat, jak člověk reaguje na stres, a nenechat se stresem pohltit.

Pokud by pomáhající nevěnoval pozornost výše nastíněným tématům, zvyšovalo by se riziko vyhoření. Burn-out syndrom přichází v podobě procesu, který může trvat různě dlouho. V jeho pozadí stojí např. nerealistická očekávání toho, čeho lze při práci s klientem dosáhnout. Jinou příčinou může být sebepojetí pomáhajícího jako toho, kdo zachraňuje, kdo především je zodpovědný za úspěch práce s klienty. Další omyl spočívá v tom, že když pomáhající pomáhá, je natolik silný, že on sám podporu nepotřebuje, a pokud ano, je to přiznáním slabosti či selhání. Vyhoření vede ke ztrátě zájmu o práci a o klienty, k vyčerpání, apatii aj. Prevence, jak autoři shrnují, stojí na třech pilířích: Člověk

- přiznává si své motivy vč. stínových
- sleduje příznaky svého stresu a včas je řeší
- má systém sociální opory a pomoc skutečně čerpá.

Nastíněné potřeby a motivy však nejsou k odsouzení, jsou prostě jakousi odvrácenou stranou, na kterou není snadné nahlédnout a přijmout, ale může komplikovat práci a vztahy. Cílem není tyto motivy popřít nebo vymýtit, ale přiznat si je. Autoři shrnují, že "pokud jsme schopni přijmout vlastní zranitelnost, a nesnažíme se obhájit, je to cenná zkušenost pro nás i pro naše klienty. Když si uvědomíme, že by klidně mohli léčit oni nás, zrovna jako naopak, je to velice důležité jak pro jejich vztah s námi, tak pro jejich růst. Jde o další připomínku toho, že jsme služebníky procesu. Jsme přesvědčeni, že dokážeme dávat jediné tehdy, když si uvědomujeme své vlastní potřeby a ty jsou víceméně uspokojeny." (Hawkins, Shohet, 2004, s.28)

Na to, aby člověk ze supervize vytěžil skutečně to, co potřebuje a žádá, musí být aktivním partnerem a přebírat odpovědnost za průběh supervize, nestát se závislým na supervizorovi a pasivním příjemcem.

- Zapojení se do supervize někdy brání překážky. Autoři je vyjmenovávají:
- Pomáhající porovnávají s dřívější supervizí a ať srovnání vyznívá kladně či negativně, je to důvod, proč do supervize nevstoupit (negativní zkušenost nabádá k ostražitosti, pozitivní nebude překonána).
- Účastnit se supervize znamená vystavit se, znovu se vrátit k bolestným zážitkům a vzpomínkám a také se odhalit a stát se zranitelným.
- I v supervizi dochází k přenosu, konfrontacím s autoritou apod. Pokud je supervizorem nadřízený, může se supervidovaný obávat, že jeho odhalení může mít důsledky pro něj coby zaměstnance. To je právě argument pro praxi, aby nadřízený nesupervidoval své kolegy.
- Mohou se vyskytnout překážky ve smyslu nedostupnosti - finanční, geografické, není k dispozici supervizor, zaměstnavatel supervizi nepodporuje.

V takovém případě autoři doporučují autosupervizi, a to i v případě, že člověk supervizi k dispozici má. Autosupervize totiž vychází z reflektování vlastní práce a rozvíjení svého "vnitřního supervizora". K reflektování vlastní práce poslouží vedení pracovních záznamů, zaznamenání práce zvukově nebo obrazově a práce se záznamem. Druhou cestou je poskytování si supervize navzájem s kolegy buď ze svého nebo z jiného pracoviště, zde je nezbytné dodržet doporučené podmínky a postupy. (Hawkins, Shohet, 2004, s.17-45)

### **Supervize pro herní specialistky**

V českém zdravotnickém systému není supervize samozřejmostí. Herní specialistky si vesměs uvědomují potřebu pracovat pod supervizí. Z autory nabízených způsobů je pro ně použitelných několik:

Z hlediska organizace a dostupnosti časové, geografické i finanční je snadno dostupné reflektování své práce v rámci autosupervize, ale zároveň je to postup velmi náročný v tom, že herní specialista zůstává sama, nemá k dispozici druhé, kteří by jí prostřednictvím supervize poskytli sociální oporu a zpětnou vazbu.

Jinou možností je vytvoření supervizní skupiny kolegy ze stejného pracoviště či z různých. Zde by však mohlo být rizikem to, před čím autoři varují: pokud je skupina příliš homogenní, mohla by supervize sklouznout k oceňování a ujišťování se, že "my to děláme dobře", skupina by se mohla stát uzavřenou.

Další možností je připojit se k jiné, podobné profesní skupině, což by mohlo zvýšit šanci, že herní specialista takovou najde, a zároveň zůstávají pozitiva skupiny v podobě sociální opory a zpětné vazby.

### **3.3. Pracovní spokojenost**

Postoje k práci se utvářejí od dětství a bývají poměrně stabilní. Jako jiné postoje jsou tvořeny složkami kognitivní, emoční a konativní. V rámci postojů k práci se zkoumá mj. pracovní spokojenost. To je pojem obsáhlý, subjektivní a nejednoznačný, a proto se o něm vedou diskuze a objevuje se dvojí chápání: "Skutečnost, že profil pracovní spokojenosti není možno vyjádřit jednoznačnou charakteristikou, způsobila, že se nedospělo k obecně platným závěrům. Zpravidla se projevuje tendence rozkládat pracovní spokojenost na soubor postojů, nebo ji pokládat za určitý souhrnný postoj." (Růžička, Drázská, 1994, s.111) Naproti tomu existuje pojetí, které pracuje s oběma skupinami současně, paralelně tj. dělí pracovní postoje do dvou skupin: jednak celkový postoj k práci (tzv. spokojenost s prací) a jednak parciální postoje k práci (postoje k jednotlivým aspektům práce). (Jurovský, 1980, s.30-31)

Druhé téma diskuzí se vztahuje k přijetí jednodimenzionálního (jednofaktorového) či dvoudimenzionálního (dvoufaktorového) modelu. Jednodimenzionální model říká, že pracovní spokojenost se projevuje ve vztahu k vykonávané práci, pracovnímu zařazení, profesi,

pracovním podmínkám, pracovišti, pracovní skupině i k zaměstnavateli. Tento vztah znamená obraz práce v subjektivním, vnitřním světě člověka. Tento obraz nemá dimenzi jen pozitivní (pracovní spokojenost), ale i negativní (pracovní nespokojenost). Praktické je znázornit prožívání pracovníkovu vztahu k práci na jedné škále nebo stupnici - od maximálně spokojený po maximálně nespokojený. Krajní pozice zaujímají pracovníci málokdy, časté je zařazení někde mezi, což odráží, že na pracovní spokojenost / nespokojenost mají vliv i situační faktory. Tento model se označuje za jednodimenzionální. Jiný model je dvoudimenzionální. Předpokládá, že pracovní spokojenost i nespokojenost jsou dva oddělené jevy, každý sycený jinými vlivy. Pracovní spokojenost vyplývá z úspěchu práce, uznání, charakteru vykonávané práce, zodpovědnosti v práci a možnosti postupu. Pracovní nespokojenost je způsobena personální a sociální politikou instituce, uplatňováním kontroly (dozor nadřízeného), platem, mezilidskými vztahy (zejm. v základní pracovní skupině pracovníka) a pracovními podmínkami. (Růžička, Drázková, 1994, s.111-114)

Shoda panuje v přesvědčení, že spokojený pracovník je pracovník dobrý, výkonný, stabilní (setrvává v zaměstnání), a jako takový pro zaměstnavatele výhodný - zkušený a perspektivní. Proto je pracovní spokojenost důležitá komponenta při zabývání se člověkem v jeho roli pracovníka. Další shodu pozorujeme i v metodách zkoumání pracovní spokojenosti - zjišťujeme ji přímým dotazováním pracovníků (rozhovor, dotazníky, postojové škály), a to jednak na jednotlivé konkrétní aspekty vytvářející spokojenost a jednak na jejich intenzitu.

Na pracovníkovu spokojenost s prací můžeme usuzovat i z projevů na rovině objektivní, tzn. pracovník je svědomitý, pracovní úkoly vykonává kvalitně, respektuje normy na pracovišti, má nízkou fluktuaci aj. A na rovině subjektivní, kde jde o to, že pracovník má k práci a svému pracovnímu zařazení (zde tzn. vykonávání práce herní specialistiky právě na jejím pracovišti) pozitivní vztah, práce ho uspokojuje, považuje ji za důležitou a smysluplnou, dobře vychází se svými spolupracovníky a nadřízeným, je spokojen s pracovními podmínkami, s vývojem pracovní kariéry, s finančním ohodnocením, dále prožívá subjektivní stabilitu (tj. připravenost v zaměstnání zůstat, protože je tu dotyčný spokojený), je ochotný zvýšit si kvalifikaci, má zájem o pracovní postup. (Jurovský, 1980, s. 32-33 a 52-55)

Pracovní spokojenost konkrétního pracovníka ovlivňuje mnoho faktorů vnějších i vnitřních. Vnější faktory se týkají zejm. podmínek pracovního prostředí (klimatické podmínky, vybavenost pracoviště) a příp. demografických faktorů, např. pohlaví, věk, délka

zaměstnání, mzda, vzdělání, pracovní pozice, vztahy se spolupracovníky. Vnitřní podmínky zahrnují vztah jedince k práci, např. pracovník se identifikuje s prací a s profesí, práce mu dává možnost rozvíjet se osobně, odborně, zájmově. (Růžička, Drázková, 1994, s.88,119-150,165; Jurovský, 1980, s.37-50)

Pokud jde o parciální postoje k práci, chápané jako druhou skupinu pracovních postojů vedle (celkové) spokojenosti s prací, suma těchto dílčích postojů se často téměř shoduje s (celkovou) spokojeností s prací. Parciální postoje zahrnují osobní, sociální i materiální znaky. (Jurovský, 1980, s.59-64)

Lze tedy shrnout, že při zjišťování pracovní spokojenosti se ptáme mj. na toto:

- zajímavost, pestrost práce, zda má člověk svou práci rád, jak se v práci cítí, jestli ji zvládá, zda pro ni má vhodné /žádoucí osobní vlastnosti, svědomitost a pečlivost při výkonu práce, identifikace s prací a s profesí, možnost rozvíjet se osobně, odborně i zájmově, plánování dalšího rozvoje kariéry, finanční ohodnocení
- jak vychází se spolupracovníky a s nadřízeným, stmelenost pracovní skupiny, společný zájem všech členů pracovní skupiny, organizace práce, efektivní vedení
- pořádek a čistota na pracovišti, klimatické podmínky, vybavenost pracoviště, bezpečnost a zdravotní nezávadnost práce.

### **Pracovní kariéra**

V průběhu svého pracovního života člověk mění své pracovní zaměření, pozice, organizace, v nichž působí. Tyto změny, pokud nastávají vlivem přání pracovníka anebo s jeho souhlasem, vyjadřují hledání konkrétní pozice, ve které se pracovník bude cítit dobře a která bude uspokojovat jeho potřeby.

Profesní kariéru lze definovat podle D.E.Sopera (Štikar a kol., 1996, s.107) jako "strukturovaný sled událostí v profesionálním životě člověka, kdy pracovník postupuje, setrvává nebo sestupuje v hierarchii pracovních pozic, kdy mění jednu pracovní činnost za druhou ve struktuře různých zaměstnání, kdy získává a zhodnocuje pracovní zkušenosti a vytváří si profesionální pověst - image". Kariéru lze rozlišit na subjektivní a objektivní: Subjektivní kariéra je dána tím, jak člověk sám oceňuje úspěšnost svých jednotlivých vývojových fází pracovního života. Naproti tomu objektivní kariéra je zachycena v



dokumentaci (pracovní smlouvy, zápočtové listy aj.) a je utvářena míněním vnějších posuzovatelů. Subjektivní a objektivní kariéra konkrétního člověka se shodovat mohou, ale nemusí.

Bělohlávek (1994) ve své monografii popisuje několik teorií kariéry. Z hlediska herních specialistek se jako inspirující jeví teorie McClellanda a Hollanda.

#### Typy potřeb

David C. McClelland vychází z poznatku, že lidé řídí svou kariéru tak, aby v práci mohli uspokojovat své potřeby. Pracuje se třemi potřebami - potřeba výkonu, přátelství a moci.

Lidé s vysokou potřebou výkonu chtějí přijímat osobní odpovědnost, chtějí být samostatní, překonávat překážky, rádi s druhými soutěží, žádají rychlou zpětnou vazbu o své práci, vyhledávají přiměřeně náročné úkoly. Vyhledávají profese v oblastech prodeje a podnikání.

Lidé s vysokou potřebou přátelství se snaží vytvářet a udržovat přátelské vztahy s druhými lidmi, rádi pracují v kolektivu a vyhovuje jim týmová práce. Preferují profese např. v sociální práci, personalistice, kontaktu s veřejností.

Lidé s vysokou potřebou moci chtějí ostatní lidi řídit, ovlivňovat jejich jednání, přebírat za ně odpovědnost. Pokud jsou tyto snahy ku prospěchu organizaci, bývají tito pracovníci schopnými manažery. Pokud však usilují jen o osobní moc, pak naopak dochází ke konfliktu s organizací.

#### Typy profesionální osobnosti

Autor této teorie John Holland zjistil, že lidé vyhledávají takové pracovní prostředí, které vyhovuje a odpovídá jejich povahové orientaci. Vymezil šest typů osobnosti - realistický, zkoumavý, sociální, konvenční, podnikavý a umělecký.

Lidé s osobností realistického typu mívají agresivní chování a upřednostňují fyzickou aktivitu. Dobře se mohou uplatnit např. při řemeslné práci.

Zkoumavý typ preferuje poznávací aktivity před emocionálními. Vyhledává např. matematické, biologické aj. obory.

Sociální typ dává přednost interpersonálním činnostem před intelektuálními a fyzickými. Láká je např. sociální práce či diplomacie.

Konvenční typ se dobře cítí v prostředí s jasně vymezenými pravidly, přijímá příkazy nadřazených a zájmy organizace staví nad své osobní. Nacházejí uplatnění např. v účetnictví.

Podnikavý typ dokáže přesvědčovat ostatní a usiluje o dosažení svých cílů. Vede se jim např. v obchodování nebo managementu.

Umělecký typ vyhledává tvůrčí práci, ve které může vyjádřit sebe sama. Směřuje k hudbě, herectví apod.

U konkrétního člověka se může výrazně prosazovat jeden typ profesionální orientace, pak hledá uplatnění poměrně snadno. Pokud jsou u člověka dva či více typů v rovnováze, může docházet k vnitřním konfliktům. V takovém případě člověk pracovní uplatnění, v němž se snoubí více typů nebo jeden typ realizuje v zaměstnání a druhý ve volném čase. (Bělohlávek, 1994, s.21-23)

### **Pracovní kariéra herních specialistek**

Většina herních specialistek začínala svou pracovní kariéru jako zdravotní sestry či učitelky a svou práci obohatily o prvky herní práce. Ve své současné pracovní pozici se vesměs cítí spokojeny. Podle výše uvedených teorií McClellanda a Hollanda lze předpokládat, že našly takové pracovní zařazení, v němž mohou uspokojivě realizovat své potřeby, resp. našly pracovní prostředí, které odpovídá jejich povahové orientaci.

Podle McClellandova popisu potřeb lze usuzovat, že herní specialistky mají dominantní potřebu přátelství. S dětskými pacienty i jejich rodiči navazují nejspíš bližší vztahy než zdravotní sestry, vyhovuje jim s nimi komunikovat. Herní specialistka, i když je v týmu jediná, nikdy nepracuje osamoceně, což je dáno např. tím, že pacienty provází pobytem v nemocnici a zprostředkovává kontakt rodiny s ostatními zdravotníky. Je součástí zdravotnického týmu na oddělení.

Hollandových typů povahové orientace je více a některé typy mohou být v osobnosti člověka zastoupeny ve stejné míře, proto nelze tak jednoznačně dedukovat, ke kterým typům se herní specialistky řadí. Zcela jistě je vystihuje sociální typ, protože interpersonální aktivity představují téměř celou jejich pracovní náplň. Je otázkou do jaké míry bychom u herních specialistek nacházeli charakteristiky konvenčního a podnikavého typu. Na jedné straně se z

pozice zdravotní sestry nebo učitelky vymaňují a budují novou pracovní pozici, s níž musí seznamovat pacienty, jejich rodiny i kolegy zdravotníky, někdy je i přesvědčovat o oprávněnosti a užitečnosti této pozice. Na druhé straně jsou členy pracovního týmu ve zdravotnickém systému, s nadřízeným pracovníkem, obvykle jím bývá vrchní sestra resp. ředitelka školy při nemocnici.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## **1. Cíl zkoumání**

Cílem zkoumání je zmapovat současný stav herní práce v České republice a popsat profesi herních specialistek a tím přispět k reflexi této relativně nové profese. Provedla jsem rozhovory s herními specialistkami, zajímala jsem se o jejich práci - počínaje volbou této profese, vzděláním, přes výkon práce, její náplň, pozici v pracovním týmu a pracovní spokojenost, až po sociální oporu, psychohygienu a syndrom vyhoření. Pro naplnění tohoto cíle a získání informací jsem zvolila kvalitativní zkoumání.

## **2. Metodologie zkoumání**

Vzhledem k cíli zkoumání - zmapovat aktuální stav herní práce u nás - budu získávat informace (data), popisovat je a třídit, a proto jsem zvolila kvalitativní přístup. V tomto případě se pracuje induktivním postupem - získaná data porovnám, budu hledat znaky jim společné i odlišné, abych je mohla zevšeobecnit a učinit závěr tj. zmapovat současný stav herní práce u nás. (Ferjenčík, 2000, s.25-26) Toto je teoreticky správný postup, zda ho budu moci uskutečnit, bude záviset na reprezentativnosti souboru respondentek a "metodologické čistotě" celého zkoumání, což shrnu na závěr v diskuzi.

Výzkum má splňovat požadavky kladené na validitu a reliabilitu. Kvalitativní výzkumy obvykle mívají vysokou validitu, tzn. skutečně měří resp. zkoumají to, co autor výzkumu zamýšlí zkoumat. Naproti tomu mívají nízkou reliabilitu, tzn. při opakovaném provedení není vysoká pravděpodobnost, že by zkoumání přineslo stejné výsledky. (Disman, 2002, s.287) V mém zkoumání usiluji o vysokou validitu tím, že jsem pečlivě promýšlela témata, na která se respondentek dotazuji, tak aby korespondovala s cílem zkoumání. Když se po několika prvních rozhovorech ukázalo, že bude užitečné některé otázky doplnit a jiné vypustit, pozměnila jsem v tomto smyslu osnovu rozhovoru. Nízká reliabilita kvalitativních výzkumů je způsobena tím, že situace sběru dat je ovlivněna situačními faktory. Vliv má např. atmosféra, v níž se rozhovor odehrává, aktuální psychický stav respondentky i tazatelky, kvalita pracovního vztahu mezi respondentkou a tazatelkou, důvěra, pořadí kladených otázek, přesnost a výstižnost při jejich formulování.

Kvalitativní přístup vede k vytvoření vzorkového přehledu, zde konkrétně jde o mapující (orientační) výzkum, protože cílem je zmapovat, získat vhled do současného stavu herní práce. Pro vzorkové přehledy jsou klíčové dva pojmy, a to vzorek tj. objekt zkoumání a přehled tj. zkoumané charakteristiky, znaky souboru. (Ferjenčík, 2000, s.112-113)

### **3. Předvýzkum**

Před zahájením rozhovorů s respondentkami jsem se předběžně seznámila s herní prací a jejím současným stavem u nás jednak prostřednictvím studia literatury a jednak jsem se zúčastnila valné hromady Společnosti pro herní práci s dětmi v nemocnici konané 2.12.2005 v prostorách Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze - Jinonicích. Na základě těchto zkušeností jsem připravila seznam témat resp. osnovu polostrukturovaného rozhovoru a podle ní jsem realizovala dva rozhovory se zdravotními sestrami se zkušeností z lůžkových oddělení nemocnic, abych tuto osnovu prověřila. Vzhledem k tomu, že herních specialistek je málo, nechtěla jsem provádět předvýzkum s nimi, protože tím bych snížila počet respondentek následujícího výzkumu. Tím, že se jednalo o zdravotní sestry a ne o herní specialistiky, nevznikl prostor položit jim některé konkrétní otázky, které se týkají speciálně herní práce - jde o otázky na jádro herní práce, kariérní růst a souběžnou sesterskou práci, podrobněji viz níže.

### **4. Vzorek**

#### **4.1. Vytvoření zkoumaného souboru**

Kritériem pro zařazení respondentek do vzorku bylo praktikování herní práce a nebo využívání prvků herní práce v jejich zaměstnání.

Respondentky pro výzkum jsem získala v první řadě tím, že na valné hromadě SHP jsem je oslovila s žádostí o spolupráci. Zhruba dvě třetiny přítomných mi předaly kontakt na sebe. Když jsem je poté oslovila s žádostí o provedení rozhovoru, žádná z nich neodmítla. Druhý způsob spočíval v tom, že některé z těchto respondentek mi zprostředkovaly setkání se svými kolegyněmi, které se valné hromady nezúčastnily a byly ochotné se do výzkumu

zapojit. A třetí cestou se jedna respondentka nabídla na základě zápisu z valné hromady, kde byl můj plán na provedení výzkumu uveden.

Při shromažďování respondentek se uplatnily dvě metody konstituování výzkumného vzorku: jednak příležitostný výběr tzn. zapojily se dobrovolnice a jednak lavinový výběr tzn. požádala jsem dobrovolnice o kontaktování jejich kolegyň.

#### **4.2. Popis zkoumaného souboru**

Výzkumný vzorek má velikost  $N = 13$ . Všechny respondentky jsou ženy. Nejmladší respondentce bylo v době rozhovoru 22 let, nejstarší 60 let, průměrný věk činí 36,9 let. Nejkratší dosavadní praxi v profesi herní pracovníce jsou 4 měsíce, nejdelší 11 let, průměrná délka vychází na 5 let a 10 měsíců. Nejvyšší dosažené akademické vzdělání v době rozhovoru bylo magisterské, nejnižší středoškolské. Některou z dosud nabízených vzdělávacích možností v oboru herní práce absolvovalo sedm respondentek. Všechny respondentky bydlí a pracují v Praze anebo v krajských městech, s počtem 88 tisíc až 1 188 tisíc obyvatel.

#### **4.3. Představení respondentek**

Herních specialistek je u nás natolik málo, že se téměř všechny navzájem znají, při různých pracovních příležitostech se setkávají a komunikují spolu. Vzhledem k tomu jejich stručné představení, přehled jejich vzdělání a průběhu kariéry uvedu s jejich rodnými jmény - je to dostatečně anonymní navenek a zároveň podle jejich informací by se podle svých výpovědí dokázaly navzájem identifikovat. Navenek, mimo komunitu herních specialistek, chci dodržet požadavek anonymity, proto neuvádím jejich pracoviště. Obvykle je na pracovišti jen jedna herní specialistka, takže uvedení města a nemocnice by mohlo vést k jejich identifikaci. Aby zůstala zachována anonymita jejich výpovědí v rámci tohoto zkoumání, skryji v části, kde se vyjadřují k jednotlivým tématům, jejich identitu tak, že každé respondentce náhodně, formou losování, přiřadím označení HS1 až HS13 (tzn. herní specialistka a náhodně přiřazené pořadové číslo).

Alice: V rámci akademického vzdělávání absolvovala střední zdravotnickou školu a bakalářské studium sociální práce; v době rozhovoru jí bylo 41 let. V oboru herní práce se od roku 1995 vzdělávala prostřednictvím opakovaných stáží ve Velké Británii, kde zároveň složila závěrečnou zkoušku, která ji opravňuje v tomto oboru vzdělávat své kolegyně. Také prošla mnoha krátkodobými sebezkušenostními výcviky. Svůj profesní život spojila s kardiologickým oddělením, kde působila mj. i jako staniční sestra. Od roku 1995 se zde věnuje herní práci; v pracovní smlouvě má jako své pracovní zařazení uvedeno "kontaktní sestra pro rodiče a herní specialista". Její pracovní zařazení vyplynulo na základě situace, kdy se setkala zakázka její i pracoviště, postupně se začala věnovat psycho-sociálním problémům hospitalizovaných pacientů a jejich rodin, vč. provázení celým pobytem.

Dáša: Po vystudování střední školy se věnovala bakalářskému studiu nejprve ošetrovatelství a později i speciální pedagogiky, v době rozhovoru jí bylo 30 let. V roce 1999 ji zaujalo třísemestrové akreditované specializační studium v Olomouci v oboru herní specialista - dramaterapeut a začala tento obor studovat. Původně pracovala jako zdravotní sestra, potom v letech 1999 - 2001 jako vychovatelka v ústavu sociální péče, kde se věnovala dětem s různými typy postižení a při dramatické výchově využívala prvky herní práce. Cíle své práce označuje jako relaxační, někdy výchovně - vzdělávací, jde tedy - vzhledem k zaměření i populaci - v tomto zkoumaném souboru herních specialistek o výjimečné uplatnění herní práce (vzhledem k cílům herní práce regulérní). Pracovně zařazená byla na pozici vychovatelka. Po ukončení specializačního studia si hledala zaměstnání, kde by mohla využít nabyté vzdělání a které by ji bavilo. V současné době se herní práci aktivně nevěnuje, zůstává její příznivkyní, z výše uvedeného zaměstnání odešla z finančních důvodů.

Gábina: Po absolvování gymnázia zamířila do mateřské a základní školy při nemocnici, kde 12 let působila jako vychovatelka. Vystudováním magisterské speciální pedagogiky zde změnila pozici na učitelku. V současnosti se vzdělává v rámci postgraduálního studia. V době rozhovoru jí bylo 35 let. S herní prací se poprvé seznámila zhruba v roce 1997, a to díky kontaktům svého pracoviště s dalšími nemocnicemi. Od zaměstnavatele dostala nabídku se herní práci věnovat a protože ji zaujala, začala ji od roku 1999 v Olomouci studovat formou specializačního studia dramaterapeut - herní specialista.



Herní specialista u nich v nemocnici není, je oficiálně zařazena na pozici "speciální pedagog - učitel". Kontakt s dětmi, vzhledem k tomu, že jde o školu při nemocnici, zahrnuje více činností než přímou pouze výuku. V této práci využívá prvky herní práce.

Ivana: Získala vzdělání nejprve na střední a poté na vyšší zdravotnické škole, zde v oboru ergoterapie. V době rozhovoru jí bylo 29 let. Dlouhodobě byla přesvědčená, že péče o hospitalizované dítě má zahrnovat i psycho-sociální složku, takže když v propagačním materiálu našla informace o herní práci, projevila o ni zájem. Absolvovala sedmitýdenní kurz pořádaný Nadačním fondem Klíček, jehož součástí byla vedle teorie a praxe i týdenní stáž v Anglii. V kurzu se dozvěděla o volném místě pro herního specialistu na neurologickém oddělení, pracovala zde v roce 2000 po dobu 8 měsíců. Oficiálně byla vedena jako rehabilitační pracovník, protože v té době nejen herní specialista, ale ani ergoterapeut nebyl zařazen mezi zdravotnické profese. Z tohoto zaměstnání odešla ze dvou důvodů - jednak necítila dostatečné zázemí pro svou práci a jednak měla místo, po kterém toužila. Momentálně se herní práci aktivně nevěnuje, ale zůstává její sympatizantkou.

Jitka: Po maturitě vystudovala vysokou školu v oboru učitelství, v době rozhovoru jí bylo 49 let. Od roku 1991 pracuje ve škole při nemocnici jako učitelka základní školy, což je její oficiální pracovní zařazení. Ve svém kontaktu s dětmi využívá prvky herní práce. První informace o herní práci získala díky návštěvě dvou odbornic z Velké Británie, lékařce a herní specialiste. Tento přístup k hospitalizovaným dětem zaujal nejen ji, ale i primáře oddělení a díky tomu se Jitčina kolegyně zúčastnila stáže ve Velké Británii a své zkušenosti poté zprostředkovala Jitce. Jitka neabsolvovala žádné ucelené vzdělání v oboru herní práce; účastní se tematických seminářů pro zdravotníky a tím si získává a udržuje přehled o zdravotnických aspektech herní práce.

Klára: Po vystudování gymnázia absolvovala nejprve nástavbu na střední zdravotnické škole, poté i na střední pedagogické. Pracovala jako zdravotní sestra na jiném oddělení než nyní, práce ji bavila, ale vadilo jí, že má málo času být s pacienty. V době rozhovoru jí bylo 33 let. Když asi koncem 90. let četla článek o herní práci, zaujala ji a přihlásila se na třívíkendový kurz Nadačního fondu Klíček, který zahrnoval i týdenní stáž ve Velké Británii.

Po absolvování tohoto kurzu se od kolegyně dozvěděla, že kardiologické oddělení nabízí místo herní specialistiky. Přijala tuto nabídku a od roku 2001 tu působí jako herní specialista, tedy šestým rokem, velkou měrou se věnuje volnočasovým aktivitám s dětmi a přípravám na zákroky. Její pracovní zařazení je "herní pracovník".

Lída: Vystudovala střední zdravotnickou školu a v době našeho rozhovoru jí bylo 33 let. Má pracovní zkušenosti jako zdravotní sestra, a to s dětmi a se seniory. Po několikaleté pracovní odmlce, v níž získala mj. i organizační zkušenosti při zakládání mateřského centra, začala studovat certifikovaný program v oboru Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči na Vyšší odborné škole zdravotnické v Plzni a zároveň nastoupila do zaměstnání: dozvěděla se, že stávající herní pracovníce na dětském oddělení odchází a nemocnice hledá její nástupkyni. Lída uspěla v konkurzu, mj. díky právě pracovním zkušenostem sesterským, organizačním a práci s dětmi. Působí zde od roku 2000. Oficiálně má dvojí pracovní pracovní náplň - práce zdravotní sestry a herní pracovníce. Zpětně reflektuje, že herní práce ji láká mj. díky vlastním zkušenostem se zdravotnictvím: Jednak má z dětství klíčový pozitivní zážitek coby pacientka a jednak coby matka má srovnání, kdy zažila fungování zdravotnictví před jeho otevřením větší komunikaci s pacienty a humanizaci a také poté.

Marie: Absolvovala střední pedagogickou školu, pracovala jako vychovatelka v různých institucích, kde získala zkušenosti se speciální pedagogikou. Uplynulých 14 let působí jako učitelka mateřské školy při nemocnici a při svém kontaktu s dětmi využívá prvky herní práce. Poprvé se s ní setkala prostřednictvím návštěvy lékařky a herní specialistiky z Velké Británie na jejich pracovišti na začátku 90. let a blíže se s ní seznámila od kolegyně, která absolvovala stáž ve Velké Británii. Herní práci se začala věnovat v polovině 90. let, kdy ona, její kolegyně i primář oddělení měli zájem o praktikování herní práce. Neabsolvovala žádné ucelené vzdělání v herní práci, účastní se seminářů pro zdravotníky. V době našeho rozhovoru jí bylo 58 let.

Míša: Po absolvování střední zdravotnické školy nastoupila jako zdravotní sestra na dětské oddělení. V době našeho rozhovoru jí bylo 36 let. Vždycky ji zajímala psychologická

práce, proto ji informace o herní práci zaujaly. Poprvé se o ní dozvěděla z informačního materiálu Nadačního fondu Klíček a začala jezdit za zkušenou kolegyní na jiné pracoviště sbírat zkušenosti. Herní práce zaujala i její nadřízené, a proto jí zaměstnavatel nabídl věnovat se herní práci na jejich oddělení. V roce 1999 absolvovala třívíkendový kurz herní práce, včetně týdenní stáže v Velké Británii, pořádaný Klíčkem. Jako herní pracovnice působí od roku 2000, oficiálně je však vedena jako zdravotní sestra - specialista. V roce 2000 také dokončila bakalářské studium ošetrovatelství a v době našeho rozhovoru se ucházela o další bakalářské studium, nyní v oboru speciální pedagogika.

Pavla: Po absolvování střední školy vystudovala na vysoké speciální pedagogiku a předškolní výchovu, v době našeho rozhovoru jí bylo 60 let. Krátce pracovala v běžné mateřské škole a poté zakotvila v mateřské škole při nemocnici, s tímto pracovištěm spojila v podstatě celou svou pracovní dráhu, působí tu 38 let. O herní práci se dozvěděla poprvé na začátku 90. let, kdy jejich nemocnici navštívily lékařka a herní specialista z Velké Británie. Pavlu, její kolegyně i primáře oddělení herní práce zaujala a rozhodli se rozvíjet ji. Kolegyně se zúčastnila stáže ve Velké Británii a své zkušenosti předala Pavle. Ve své profesi uplatňuje prvky herní práce od poloviny 90. let. Vzdělání přímo v oboru herní práce nezískala, vzdělává se v oblasti zdravotnických oborů. Oficiálně je zařazena na pozici učitelka školy při nemocnici.

Romana: Po absolvování střední zdravotnické školy pracovala šest let na JIPu chirurgického oddělení. S herní specialistkou se setkávala spíš letmo, když přiváděla děti na prohlídku JIPu. To bylo její první setkání s herní prací. V době našeho rozhovoru jí bylo 28 let. Rok před tím dokončila bakalářský stupeň studia tělesné a pracovní výchovy pro postižené a přemýšlela o změně zaměstnání tak, aby uplatnila nově nabyté vzdělání. Zároveň v té době stávající herní specialista odcházela a vrchní sestra hledala její nástupkyni. Tuto pozici nabídla právě Romaně. Nabídku přijala, takže zůstala ve stávajícím zaměstnání a současně změnila náplň práce, tak jak si přála. V současné době tedy působí na chirurgickém lůžkovém oddělení, herní práci se věnuje jeden rok. Oficiálně je vedena jako "kontaktní sestra - herní pracovník". Také pokračuje v navazujícím magisterském studiu svého oboru a právě vzhledem k této pracovní a studijní vytíženosti neuvažuje o studiu herní práce.

Saša: Po vystudování střední zdravotnické školy pracovala pět let jako zdravotní sestra. Rozhodla se přestěhovat, tedy i hledat jiné místo, stále jako zdravotní sestra. V té době už zároveň studovala magisterský obor psychorehabilitace. Z hlediska zaměstnavatele bylo otázkou, jak ji budou uvolňovat ke studiu. V tom okamžiku se sešly dvě záležitosti - jednak si Saša přála pracovat v oboru onkologie a jednak se právě na dětské onkologii uvolnilo místo herní specialistiky, na což ji upozornila její současná kolegyně herní specialista. Saša uspěla v konkurzu na obsazení této pozice a pracuje tu jeden rok, od roku 2005. Do té doby o herní práci neslyšela, začala se s ní seznamovat na svém současném pracovišti. Využila možnosti věnovat se práci, která více než sesterská koresponduje s jejím studiem, ve kterém pokračuje. Právě kvůli této pracovní a studijní vytíženosti neuvažuje v současné době o studiu herní práce. Na svém pracovišti je vedena jako herní terapeut. V době našeho rozhovoru jí bylo 26 let.

Táňa: Absolvovala střední pedagogickou školu a na ni navázala vyšší odbornou školou zdravotnickou, kde vystudovala ergoterapii. Začala hledat své první zaměstnání. Kamarádka, pracující ve zdravotnictví, jí dala tip, že neurologické oddělení hledá herní specialistku. Zúčastnila se konkurzu na toto místo a uspěla. Svou dosavadní profesní cestu vidí jako osud - nehledala uplatnění přímo v herní práci, ale shoda okolností ji k ní přivedla. Do té doby o herní práci neslyšela. V době našeho rozhovoru jí bylo 22 let a pracovala čtyři měsíce. Na svém pracovišti má zařazení "ergoterapeut - herní práce". Táňa hovořila o náročném období, které je způsobeno několika faktory - čerstvá absolventka, první zaměstnání, náročná práce, nevyjasněná pozice v pracovním týmu. V současné době prožívá jistou deziluzi. Vzhledem k této situaci momentálně neuvažuje o dalším vzdělávání v herní práci, nechává si otevřené cesty v dalším profesním směřování.

## **5. Přehled**

### **5.1. Témata**

V rámci mapování současného stavu herní práce a popisování profese herních specialistek jsem se dotazovala na několik okruhů:

Základní informace o respondentce a demografické údaje:

jméno, věk, pracovní zařazení na oddělení, vzdělání

Motivace k herní práci:

jak nebo z jakého zdroje se poprvé dozvěděla o herní práci; co ji vedlo k tomuto zaměření; jak probíhá její dosavadní pracovní dráha; jaké má vzdělání v oblasti herní práce; jak získala toto pracovní místo; v čem spatřuje jádro herní práce, co je v herní práci to nejdůležitější; jaké používá pomůcky při práci s dítětem; co si myslí o souběžné sesterské práci, zda vykonává i práci zdravotní sestry

Pracovní pozice:

kolik herních specialistek pracuje na tomto oddělení; jak se cítí na pracovišti; jak se cítí začleněná do pracovního týmu, s kým nejvíc spolupracuje; kdo je její přímý nadřízený / přímý nadřízená; jaké má podmínky k práci časové, materiální a vzdělávací; jak řeší odborné problémy, zda má k dispozici supervizi, intervizi či metodické vedení; jak hodnotí herní práci v rámci kariérního postupu

Pracovní spokojenost:

zisky a pozitiva - co ji na práci těší, uspokojuje, co jí práce herní specialistky přináší; negativa - co jí v práci chybí, ruší, brání; jaké změny by uvítala; odkud získává zpětnou vazbu o své práci, jak na ni reagují děti a rodiče; jaký typ klientů (dětí i rodičů) je pro ni náročný na zvládání

Sociální opora:

odkud sama čerpá sociální oporu; komu ji ona poskytuje

Burn-out syndrom:

zda ji postihnul nebo ne, zda se jím cítí ohrožená; jak mu předchází, co praktikuje v rámci psychohygieny

Po několika prvních rozhovorech jsem osnovu rozhovoru upravila. Dodatečně jsem zařadila tři otázky: Otázku na jádro herní práce, protože o tom respondentky spontánně mluvily. Dále otázka na kariérní růst, protože se ukázalo, že většina pracovala již před tím, než se začala věnovat herní práci, a že cesty vedoucí k herní práci jsou rozmanité; pro všechny kromě jedné je herní práce nový podnět v již rozběhnuté pracovní dráze. A do třetice otázku na souběžnou sesterskou práci, tzn. zda se na svém pracovišti věnují vedle herní práce i práci zdravotní sestry, protože toto se týká jen respondentek se vzděláním v oboru ošetrovatelství a mají k této praxi odlišné postoje. Naopak jsem vyřadila otázku na směnnost provozu, protože všechny herní specialistky pracují pouze v ranní směně. A dále otázku, jakou část jejich pracovní směny zabírají volnočasové aktivity s dětmi, protože to respondentky nesnadno odhadují. Těmito úpravami jsem zamýšlela udržet vysokou validitu tak, aby dotazovaná témata stále co nejvíce korespondovala s cílem zkoumání.

Konečná verze používané osnovy pro rozhovor je zařazena v oddílu Přílohy.

## **5.2. Metoda**

Vzhledem k cíli získat informace o současném stavu herní práce a o profesi herních specialistek, zvolila jsem jako metodu sběru dat poznávací rozhovor. Formu rozhovoru jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, protože jsem měla vybraná témata, která mě zajímala, a zároveň jsem chtěla dát respondentkám velký prostor pro jejich odpovědi, přičemž jsem očekávala jejich velkou variabilitu vzhledem k pestrému pracovnímu životu jednotlivých herních specialistek. Preferovala jsem otevřené resp. doplňovací otázky a snažila jsem se přiměřeně reagovat v závislosti na průběhu a atmosféře rozhovoru. (Ferjenčík, 2000, s.174-178) To s sebou nese riziko nízké reliability, což je pro kvalitativní výzkum charakteristické.

## **5.3. Realizace sběru dat**

Pro všechny rozhovory jsme se snažily najít klidné místo, kde bychom se nerušeně soustředily. Devět rozhovorů se odehrálo na pracovišti respondentek. Ve třech případech jsme spolu mluvily v herně na oddělení, ale ani v tomto prostředí respondentky od rozhovoru nijak neodbíhaly a soustředily jsme se. Šest rozhovorů proběhlo v kanceláři nebo jiné pracovně.

Jeden rozhovor jsme uskutečnily doma u respondentky, předcházela mu prohlídka pracoviště. Na dva rozhovory jsme se sešly v tiché, klidné restauraci.

Všechny rozhovory proběhly v období 24.1. až 3.7. 2006.

Dvanáct rozhovorů se uskutečnilo tváří v tvář mezi tazatelkou a respondentkou. Jeden rozhovor proběhl ve formě "dvojrozhovoru" - se dvěma respondentkami současně: tazatelka položila otázku, nejprve na ni odpověděla jedna respondentka a poté druhá. Opakovaně se stalo, že druhá respondentka odpověděla, že ona souhlasí s odpovědí kolegyně, vidí situaci stejně a nemá, čím by odpověď doplnila. Tomuto dvojrozhovoru byla přítomna jejich nadřízená. Před zahájením rozhovoru jsem se snažila vysvětlit, proč je pro mě cenné a pro rozhovor užitečné, když probíhá pouze mezi respondentkou a tazatelkou, respondentky i přesto trvaly na tom, že mohou odpovídat současně.

Pokud jde o délku rozhovorů, jedenáct jich trvalo v rozmezí 45 - 60 minut, jeden trval 1,5 hodiny, což bylo ovlivněno způsobem zaznamenávání (zapisování ručně tužka - papír).

Jedenáct rozhovorů jsem se souhlasem respondentek nahrála na diktafon a poté pro následné zpracování doslovně přepsala. Jedna respondentka si nahrávání nepřála s tím, že některé věci se jí možná nebudou formulovat snadno a výstižně, proto jsem si v průběhu rozhovoru zapisovala poznámky.

Na začátku každého rozhovoru jsem respondentce představila cíl a plán svého zkoumání, nastínila, že mě zajímají její pracovní zkušenosti a názory na herní práci a že rozhovor obvykle trvá zhruba hodinu. Domluvily jsme se, zda mohu rozhovor nahrát diktafon, zaručila jsem jí, že nahrávka poslouží pouze doslovnému záznamu a nikde ji neuveřejním. Ubezpečila jsem, že všechny získané informace použiji anonymně. V průběhu rozhovorů jsem se v roli tazatelky zaměřila na soustředěné poslouchání, abych pružně reagovala na odpovědi a celkovou atmosféru rozhovoru. Pořadí otázek jsem měnila podle situace, aby se rozhovory odvíjely plynule. Výpovědi jsem povzbuzovala příkyvováním, shrnutím řečeného, ověřovala jsem si porozumění a kladla dodatečné otázky vedoucí k informacím. V jednom případě se respondentka opakovaně vracela ke své nespokojenosti na pracovišti, proto jsem zde reagovala i na tento její aktuální psychický stav. Po skončení jsem poděkovala za ochotu, věnovaný čas a informace, které vždy rozšiřují pohled na herní práci a přispějí ke zpracování mé diplomové práce.

#### **5.4. Úpravy výpovědí**

Jedenáct rozhovorů zaznamenaných na diktafon jsem doslovně přepsala a upravila. Vypustila jsem "slovní parazity", např. jako, no prostě, takže aj., které někteří lidé často a nefunkčně používají. Ponechala jsem pouze definitivní a syntakticky správné vyjádření - často se objevovalo, že mluvčí dokončila větu až na druhý či třetí pokus o správnou formulaci nebo začala větu, zařadila však jiné sloveso, než s jakým na začátku myšlenky počítala, takže vznikla chybná vazba. Častým jevem se ukázal přeházený pořádek slov ve větě, toto uvádím ve správném pořadí, samozřejmě pouze v případě, že přehozený pořádek slov nepoužila respondentka úmyslně kvůli zdůraznění myšlenky. Tyto úpravy textu jsem provedla proto, aby se zvýšila srozumitelnost výpovědí, jejich přehlednost a čtivost. Dbala jsem na to, aby žádný zásah do textu nezměnil jeho smysl ani obsah, proto jsem např. nevypouštěla věty, necenzurovala, neupravovala pořadí vět. Tyto zásahy jsem prováděla s ohledem na to, že cílem rozhovorů je získat informace, jde o poznávací rozhovory, ne o rozhovor terapeutický či poradenský aj., cílem není zprostředkovat psychický stav nebo styl myšlení aj. respondentek

Pasáže citované v této diplomové práci jsem vybírala s ohledem na to, že chci dokumentovat různé zkušenosti, cesty, pohledy na věc, názory, pestrost pojetí. Vybrané výpovědi u každého tématu se snaží ilustrovat celé spektrum pohledů, názorů a zkušeností. Pokud se respondentky shodovaly ve svých názorech aj., vybrala jsem tu nejvýstižněji formulovanou odpověď. Z těchto důvodů nejsou u každého tématu citovány všechny respondenky, ale pouze některé.

V některých případech používám jednu citaci, pasáž respondentky opakovaně, a to pokud se tato výpověď vztahuje k více položeným otázkám.

#### **5.5. Interpretace získaných dat**

Dále provedu rozbor rozhovorů, uvedu získané informace na dotazovaná témata. Nejprve představím v titulku téma, shrnu získaná data a doložím je uvedením citací z rozhovorů s respondentkami. Pro větší přehlednost zpracuji data ve formě četnostních tabulek a koláčových grafů, které zařadím do části Přílohy.



## První informace o herní práci

Většina herních specialistek se s herní prací poprvé setkala na svém pracovišti: Slyšely zde o ní vůbec poprvé, a to díky kontaktům s externími spolupracovníky nebo jinými nemocnicemi, herní práce je zaujala a rozhodly se jí věnovat, to je případ pěti respondentek. Jedna pracovala na oddělení, kde herní pracovnice již působila, a převzala její práci. Jedna o herní práci poprvé slyšela v instituci, kde přednášela jako lektorka. Jedna získala první informace od kolegyně, když ji vyzvala, aby se ucházela o místo herní specialistky. Tři náhodně narazily na první informace v médiích (časopis, internet, informační leták). Dvě respondentky se o herní práci poprvé doslechly od svých kamarádek. Značná shoda mezi respondentkami panuje v tom, že si jen matně vzpomínají na rok, kdy o herní práci slyšely poprvé.

HS1: Já jsem oproti jiným v úplně jiné situaci od začátku, protože jsem to jednak začala dělat na zakázku svoji i pracoviště. ...Já jsem vlastně byla první, začínala jsem úplně z ničeho. Shoda náhod. Někdy po revoluci se začaly nemocnice otvírat, podílela jsem se i na prvním zdravotnickém projektu DAR - Děti a rodiče v nemocnici, který začaly doktorka Olga Starková z Anglie a Peg Belson v roce 93. Přišlo to sem zvenku. ... Ovlivňovat zdravotníky, aby pochopili, že rodiče do nemocnice patří, že není možné děti od rodičů odtrhávat a že je potřeba vytvářet takové podmínky, aby se přistoupilo na to, aby se hospitalizovala rodina dítěte.. A z druhé strany šel Klíček se svými aktivitami, po linii občanské společnosti. Tak se to setkalo a společně se o něco snažíme. Myslím, že docela dost v tom roli hrála doktorka Starková, ona byla doktorka, emigrantka a měla tu spoustu známých, ...takže ona po linii doktorské, vedoucích pracovníků klinik. Měla větší šance to prosadit. A její muž je významný dětský kardiochirurg, naši doktoři tam k němu jezdili na stáže. Takže oni to tu svou osobností prosazovali. Mají velký podíl na tom, že se to podařilo..... Prosadili jsme ubytovnu pro rodiče. Začali jsme tu rodiče mít ve velkém, různé třeňice. Systém na to nebyl zvyklý. ...A začaly vznikat problémy, třeňice, dohadování, sestry na to nebyly zvyklé, měly své práce dost. A do toho měly řešit tisíce problémů rodičů, včetně různých psychických a krizových situací a tak dále. Takže já v tu dobu jsem začala propagovat, že je potřeba tým posílit o někoho, kdo bude mluvit s dětmi i s rodiči. Já jsem to vlastně vymyslela. Ale to se o žádném herním specialistovi nic nevědělo. ... A pak přijela doktorka Starková a nabídla mi stáž v Londýně.

HS10: Byla tady paní doktorka Starková, Pat Belson. Nabídly kolegyni, která vládne angličtinou, stáž v Anglii. Přijela strašně nadšená a udělali jsme si takovou svoji vlastní variantu. Ne že bychom vybočili z toho, co dělají, ale začali jsme to přizpůsobovat našim poměrům. Protože v Anglii, teď už od toho taky upouštějí, ale měli třeba variantu, že ukazovali dětem úplně všechno. Když šlo na srdce, tak tam měli všechny šlachy, hadice z těla. Myslím, že na to naši pacienti ani maminky nejsou připraveni, takže jsme si to uzpůsobili ...

HS2: Protože mě jednak bavila práce ve zdravotnictví, a pak jezdím pořád s dětmi na tábory a takové aktivity. Lákalo mě obojí, tak jsem se rozhodla, jestli zdravotnictví nebo práce s dětmi. Pak jsem náhodou narazila v Květech na článek o herní práci, kde o tom psali, tak jsem tam psala zpětně, že by mě to zajímalo, oni mi dali kontakt na Královcovy a ti psali, že zrovna v té době, kdy jsem se jim ozvala, byl kurz herní práce, který tu rozjížděli... Bylo to tak v roce 98 nebo 99, dělali jenom třívíkendový kurz herní práce A po absolvování tady toho kurzu mohl člověk jít na týdenní stáž do Anglie, tam jsem viděla herní práci přímo.

HS4: Od své kamarádky jsem se dozvěděla, že její tchyně je herním pracovníkem na dětské klinice a že odchází do důchodu a bude se dělat konkurz. A protože jsem byla po pětileté mateřské, a když jsem byla na mateřské, tak jsme zakládali mateřské centrum, a už jsem měla zkušenost jak s nemocničním prostředím, tak s prací s maminkami a tak dále, tak jsem si řekla, že bych to zkusila. A byla jsem na základě toho konkurzu přijatá, ale základy to mělo daleko dříve.

HS5: Já jsem pracovala šest let tady na JIPu, přímo na chirurgii, a tam jsem se trochu seznámila s prací herního pracovníka, protože tady pracoval, já nevím jak dlouho, asi pět let, od roku 2000. S ním jsme se na JIPce nedostali do styku, spíš nás jenom seznamovali, které děti přijdou k nám, před operací. A pak, to byla taková souhra náhod, minulý rok mi byla nabídnuta tahle pozice. Tak jsem k tomu přišla takhle. Nabídla mi ji vrchní sestra z tady toho oddělení. Protože ta paní přede mnou odcházela, takže tohle místo bylo volné.

HS3: U mě to je takové, asi rány osudu... Byla jsem s kamarádkou na kafi, která dělá na Bulovce, a ta říkala, hele, v Motole hledají herního terapeuta. Říkala jsem, fajn, tak to zkusím. Přišla jsem na konkurz a zkusila jsem to. Tak nějak jsem věděla... nebo: když jsem přišla na konkurz, tak se mě ptali, co si myslím, že to je, tak řekla jsem jim, co to je, co si myslím, že to je, a oni mě vzali. To jsou pro mě asi osudové náhody. To není tak, že bych vyloženě chtěla dělat jenom na neurologii nebo herního terapeuta nebo ergoterapeuta. Vždycky jsou to alternativy, které když nemůžete něco splnit, tak si najdete něco, co se tomu aspoň blíží.

## Vzdělání v oboru herní práce

Od zhruba poloviny 90. let se nabízí resp. nabízelo několik možností, jak se prostřednictvím studia s herní prací seznámit. Vzdělávací kurzy jako první začal organizovat Nadační fond Klíček, nejprve sám, později ve spolupráci s Vyšší odbornou školou zdravotnickou dr. Ilony Mauritzové v Plzni a s Fakultou humanitních studií UK v Praze. V současné době je toto studium třísemestrové a obor se jmenuje Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči. Třetí cesta vedla prostřednictvím také třísemestrového specializačního studia na Pedagogické fakultě UPOL v Olomouci v oboru herní specialista - dramaterapeut.

Kurzy samotného Nadačního fondu Klíček se stáží v Anglii absolvovaly tři respondentky. Jedna respondentka vystudovala kurz organizovaný Klíčkem, VOŠ zdravotnickou a FHS. Dvě respondentky prošly studiem v Olomouci. Jedna respondentka se vzdělávala v Anglii a složila tamní závěrečnou zkoušku. Tři respondentky nemají speciální vzdělání v herní práci, ale v oborech zdravotnických a současně pedagogických ano, a tři v oborech pedagogických, ale zdravotnických ne. Všechny respondentky se dále vzdělávají, buď se účastní kurzů v rámci akreditovaného systému vzdělávání zdravotních sester, a/nebo studují vysokou školu.

HS13: mluvila o kurzu pořádaném nadací Klíček a zejm. o stáží v Anglii, kterou hodnotí jako velkou zkušenost, protože tu viděla významné postavení herní terapeutky v týmu, vybavení nemocnic, prostory pro práci s dětmi a vůbec že herní terapeutka je především osobnost. Celkově vzato byla pro nás stáž velmi motivující, protože v kurzu měla tušení, jak bude práce herní terapeutky vypadat, ale v Anglii to viděla na vlastní oči.

HS8: Pak jsem objevila, že vznikl obor herní specialista - dramaterapeut, tehdy ten kurz byl na olomoucké fakultě, na Univerzitě Palackého. A když jsem viděla náplň, co to obsahuje, tak jsem si říkala, že to je úplně to, co bych chtěla dělat, že bych tím skloubila původní zdravotnickou profesi a zájem o děti a že by mě to asi hodně bavilo. Takže jsem si ten kurz udělala. ... Narazila jsem na to náhodou, je to oficiálně nazvané jako specializační studium v rámci celoživotního vzdělávání, na rok a půl. V podstatě jsem si říkala, že by mě to bavilo, i že tam bylo hodně z různých expresivních terapií, celkem to kopírovalo moje zájmy. Tak jsem si říkala, že i kdyby to nakonec nebylo to, co bych chtěla, tak mi to vždycky něco dá. Tak jsem si ten kurz udělala. Běželo to první rok a bylo napsané, že to je vhodné pro zdravotní sestry, ale třeba i vychovatele. Jediná podmínka, co tam byla, tak maturita, takže pak tam s námi byli i lidé, co vůbec nebyli ani pedagogové ani zdravotníci. Když jsme dostali závěrečné osvědčení, tak tam bylo napsané, že to je akreditovaný program, který nás opravňuje k tomu a k tomu a výpis těch věcí. Ale víceméně si myslím, že to spíš uznají pedagogům, protože mně jako zdravotníkovi by tohle neuznali, protože zdravotníci mají zákonem dané jiné vzdělávání.

HS1: Asi po roce jsem zjistila, že je toho šíleně moc, toho, co je neošetřené, a že si s tím moc nevím rady, opravdu to bylo nové. Byly hodně těžké děti a hodně těžké i z psychologického hlediska, stavy rodičů a tak. Tak jsem se v tom plácala, bez jakéhokoliv vzdělání. Začala jsem jezdit na krátkodobé výcviky, aspoň si dohnat vzdělání. A pak přijela doktorka Starková a nabídla mi stáž v Londýně, to bylo v roce devadesátpět. Tam teprve jsem se setkala s různými lidmi, ať už kontaktní sestra nebo herní specialista nebo další lidé, kteří o rodinu pečují. A po opakovaných pobytech jsem si udělala kurz, mám na to papíry, že jsem to absolvovala, že to můžu učit.

HS5: Bohužel se vzdělávám jako sestra, takže chodím na odborné semináře. Snažím se co nejvíc právě na semináře o komunikaci... Spíš tíhnu ke komunikaci a psychologii než k instrumentálním záležitostem sestry. Ale seminářů není moc... Nevím, jestli není moc na výběr, mezi kurzy o komunikaci, takže vůbec nevím, kam chodit, možná jestli v rámci pedagogické fakulty. Máme hodně předmětů na fakultě, psychopedii, psychologii, speciální pedagogiku a tak, tak z toho čerpám.

HS10: Specializaci... To snad ani ne, protože pro nás v tomhle oboru toho mnoho není. My spíš absolvujeme školení a odborné semináře se zdravotníky. Protože když jdu na nějaké školení pedagogické, na výtvarnou nebo hudební výchovu, já to tady neužiju, tady je koloběh dětí hrozně veliký. Mně pomáhá to, že se vzdělávám v oblasti zdravotnictví. Protože nemám zdravotní vzdělání, to mi u herní specializace v praxi chybí.... Ted' tu byl seminář revmatologický, neurologický, my se toho účastníme, samozřejmě pasivně...

Tazatelka: Vy vlastně potřebujete znát...

HS10: Hlavně maminky jsou zvědavé a musí vědět.

## Jádro herní práce

Jedno z témat rozhovoru byla otázka na jádro, podstatu herní práce resp. co je pro ni typické, co je pro ni nejdůležitější. Výpovědi respondentek i pozorování tazatelky na jejich pracovištích ukázala, že hra tím nosným tématem není, je to nástroj, prostřednictvím něhož herní specialista komunikuje s pacienty, přestože hra dala tomuto přístupu označení.

V prvních rozhovorech tato otázka nebyla zařazena. Ale téměř všechny respondentky se k ní v různých souvislostech s jinými otázkami vyjadřovaly, často se k tomuto tématu vracely opakovaně. Proto lze citovat i z rozhovorů, v nichž tato otázka položena nebyla.

Nejčastěji herní specialistky zmiňovaly komunikaci. Chtějí být komunikačním mostem, styčným bodem mezi rodinou a personálem. Často mluvily o tom, že pacient a jeho rodina se při hospitalizaci musí cítit dobře, bezpečně, adaptovat se na pobyt v nemocnici, potřebují průběžně uspokojovat potřeby, např. soukromí, ale i ty související s pohodlím. Opakovaně se objevila představa respondentky prostě být k dispozici, aby se na ni rodina mohla obracet. Tyto výpovědi odkazují k tomu, že klientem herní specialistky je celá rodina v průběhu hospitalizace a cílem je usilování a péče zaměřená na celou rodinu. Několikrát zaznělo hrát si s dítětem, povídat si s ním, zabavit ho, být mu společníkem. Jedna z dotázaných respondentek shrnuje, že herní specialista má být komunikátorem a case managerem rodiny. Z uvedeného je patrné, že v popředí stojí vztah mezi pacientem a rodinou na jedné straně a herní specialistkou na straně druhé, naplněný důvěrou.

HS1: Ten začátek (pozn. začátek herní práce v ČR) byl opravdu direktivní, edukativní, prostě zmanipulovat děti, prostě je tady herní specialista, tak není možné, aby se někdo bál. To je přece nesmysl. Samozřejmě, že se dítě bude bát, že se bojí rodiče a tak dále. Ale jde o to, vytvořit takové podmínky každé rodině na míru, aby rodina byla schopna říct, co potřebuje, a nějak to zvládnout. Proto tu herní specialista je, ne proto, aby je někde sunul a manipuloval tak, jak to zdravotníci potřebují. Ale naopak aby jim dal i zpětnou vazbu, že se dítě tak bojí, rodina je tak nepřipravená, že je potřeba to zastavit a dát jim odklad. Ukázat jim pracoviště a dát jim odklad den, měsíc, aby to nějakým způsobem zpracovali a vrátili se zpátky. ... Je to člověk, který je navíc v týmu, protože lidé si na zdravotnictví stěžují i proto, že týmy jsou naprosto ploché, že jsou tam dvě sestry a pár doktorů, kteří zachraňují životy. Všechno okolo, balík problémů psychosociálních a dalších, na to nemají prostě čas. To znamená, aby v týmu fungovali další lidi, kteří se postarají o další složky, o další potřeby rodiny. A to u nás není, nefunguje to. A není řešení... Ten zdravotník musí být direktivní, musí vás donutit, abyste chodila na kontroly a tak dál. Musí zachraňovat život. Takže celá ta situace v podstatě je manipulační, chtějí vás někde dotlačit, i když se snaží vysvětlovat aspoň trochu a dát vám prostor, tak pořád oni to vědí nejlépe a vy byste jim měla důvěřovat, že vás vedou do toho nejlepšího. Ale u dětí je to něco jiného. Dítě je jiný typ klienta. Nakonec i rodina, nejde o vás, ale o dítě a vy to vnímáte jinak. Já myslím, že takoví komunikátoři by měli být i na odděleních pro

dospělé, protože tam taky chybí. I když je tam třeba psycholog, tak psychologové jsou tam spíš v roli toho, diagnosticko-dejme tomu terapeutického člověka. Ale jako psycholog vy těžko můžete obstarat jako já tady padesát lidí denně. Abyste s nimi promluvila, zjistila... Vy si vytipujete jednoho dva, budete pracovat cíleně dlouhodobě. Ale tady jde o to, mravenčí práce neustálého kontaktu a neustálého zjišťování situace a managementování jednotlivých rodin, aby to pro ně probíhalo co nejlépe.

HS1: Já myslím, že jsou různé pohledy. Třeba ten kurz v Plzni se jmenuje "Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči" právě proto, že si nemyslíme, že to je věc jenom pár dětských oddělení. Není pravda, že to má být jenom pár lidí na klinikách. My si samozřejmě myslíme, že takový člověk by se uplatnil v sociální sféře, v agenturách domácí péče a tak dále. Když by to byla práce s chronicky nemocnými dětmi, fobie nebo práce v týmu i na psychice dítěte. Nebo zprostředkování informací nebo návaznosti péče, člověk by byl v roli komunikátora a case managera, určitě by se uplatnil leckde. Nechceme se zaměřovat jenom na hru. Protože i hra je omezený komunikační prostředek.

HS8: Já mám představu, že herní pracovník je styčným bodem mezi dětmi, rodiči na jedné straně a lékaři a dalšími profesionály na druhé straně. Že propojuje rodiny se zdravotnickým světem. A pak, je to jiný člověk než zdravotník, povídá si, hraje, dítě by ho mělo vnímat jako bezpečného člověka.

HS9: Vytvořit psychickou pohodu pro děti. To je nejdůležitější. Hodně lidí si myslí, že herní specialista je jenom člověk, který připravuje dítě na zákrok. Strašně se to zužuje. A většina laiků v tom vidí jenom to, že člověk připraví dítě na zákrok. Ale to tak není. Vy musíte chtít, aby se tam dítě cítilo relativně dobře. Neříkám, že jako doma, to se cítit nemůže nikdy. Ale musí hrát opravdu spontánně. A když se baví, když prochází nemocnicí pozitivně, to si myslím je nejdůležitější. Někdy ani nemusíte připravit dítě na zákrok, protože se cítí dobře a stačí říct pár slov a vůbec nemusíte vytáhnout žádný kufříček s věcmi.

Tazatelka: Takže tu péči o psychickou pohodu vidíte jako ústřední.

Gábina: A bránit to dítě a zastávat se ho, aby právě bylo bráno jako partner. To by měl dělat herní specialista. A samozřejmě ta příprava na zákroky je taky hodně důležitá, ale řekla bych že ta psychická pohoda, aby tam dítě bylo opravdu jako člověk.

HS10: Nejdůležitější je navázat kontakt s dítětem, získat jeho důvěru a pak mu to přiměřeně vysvětlit. Stane se, že nevysvětlíme nic, protože dítě to nechce vědět. Takže je to o psychologii, odhadnout dítě, a to vám dá asi praxe víc než škola. Myslím obecně. Protože o tom to je. Jednou jsme vysvětlovali v dobré víře všechno, vysvětlili jsme dítěti, že půjde na zubní a to se nám sesypalo a volali jsme rodiče. Takže někdy musíte odhadnout, kam až můžete a co můžete.

HS4: Myslím je taky důležité s dětmi... někdy z toho mám trošku pocit nafouknuté bubliny, z toho všeho, abychom dokázali, co nejvíc odborných věcí děláme. Ale já myslím, že je to o obyčejných věcech, jako je si s dítětem obyčejně popovídat, zahrát si, zasmát se, vymyslet nějakou komickou situaci a nebo s ním udělat ten úkol, a být prostě trochu jako sourozenec nebo kamarád.

HS11: Určitě nejdůležitější je... odbourání strachu a úplně největší - *pro mě* - je nejkrásnější, když dítě má odejít, je tady třeba samo, my dostáváme telefonní karty, tak sestřička dá kartu a Zavolej si domů ať si pro tebe maminka přijde, zítra jdeš domů. Tak vezme telefon, to byla pěkná slova od toho kluka, Mami, máš si zítra pro mě přijít, ale nechod' ráno, přijď až odpoledne. To bylo krásné.

HS6: Jednoznačně komunikace. Schopnost komunikace, komunikace jako taková, ať verbální nebo neverbální, prostě to je jedno. Ale komunikace je stěžejní bod herní práce, určitě. Všechno ostatní na to nasedá, různé techniky, přípravy, které si dělám, to už všechno navazuje, opravdu. Schopnost komunikace, empatii bych tam dala.

HS5: Komunikace, určitě, taková ta psychologie, abychom věděli, co dítě v určitém období vyžaduje, abychom mu nenutili něco, co v té době nemůže zvládat, co nám nemůže splnit.... Vývojové hledisko. Určitě brát sociální hledisko rodiny, brát matku jako partnera a ne jako někoho, kdo je tu podřadný, ale fakt s ní spolupracovat. No a hlavně myslím spolupráce v týmu, protože kdybych tady byla sama za sebe, spousta věcí nejde udělat, asi by mi to tu práci otrávil, takže aby na oddělení byl tým a všichni spolupracovali. I když s lékaři je to... jiné, ale nejvíce je tady sester, lékaři jsou tady minimálně. Takže tady v tom.

HS7: Vnímám to tak, že mám jiné přístupy k dětem, víc laické, méně odborné. Já jsem ta, co nic neví, protože od psychologa a od lékařů... ti mají znalosti a děti to moc dobře ví. Já k nim přijdu s tím, že jsem tady na hraní, a protože já nic nevím, oni mi vysvětlují svoji nemoc. Oni si o tom potřebují promluvit. Já vidím jádro v tom, že mám čistou práci. Nemyslím krev a tak. Já přijdu, jsem tady pro tebe a děti to ví. Jsem tady a nikdy tě nenechám, aby ti bylo zle, a když ti bude zle, tak budu s tebou a bude ti líp. Takže jádro svojí práce vidím... prostě asi... Ono to nejde říct. Prostě podstatu svojí práce vidím ve svém srdci, ve svém pocitu a ve svém naplnění. To je nejdůležitější. To je asi první a hodně důležitý předpoklad, plus samozřejmě zkušenosti a vzdělání.... Jsem tady pro tebe a nenechám tě... Spolu to zvládneme, ať tak nebo tak, prostě budeš tady se mnou.

HS3: Já myslím, že ergoterapie je herní práce, protože když se to vezme doslova, tak je to léčba prací, a s dětmi si hraju, a když se to vezme, tak ruční práce, malování, ve všem je zapojená jemná motorika, hrubá motorika, která se procvičuje při těch činnostech, což ergoterapeut dělá.

## Používané pomůcky

Jednoznačně nejvyužívanější je album a panenky resp. medvídci apod., obojí běžně používá sedm respondentek. O jednu méně jich dětem ukazuje a dává k dispozici skutečný zdravotnický materiál a pomůcky. Čtyři herní specialistky si pochvalují Petrušku, naopak jedna je výrazně proti jejímu používání, protože to do kontaktu s dítětem zbytečně vnáší edukativnost. O dětském lékařském kufříku v souvislosti s přípravami na vyšetření a zákroky sice mluvily pouze dvě respondentky, ale na každém oddělení ho mají děti k dispozici coby jednu z hraček, podobně jako panenky. Jedna herní specialistka má dobré zkušenosti s panenkou kiwanis. Jedno pracoviště má informační video, ale dvě respondentky se shodují, že ho používají pouze, když nemůžou být dětem a rodičům k dispozici osobně (např. o víkendu). Jedna respondentka pro takové případy vypracovala písemné informace, ale naprosto se jí to neosvědčilo, a proto tyto situace řeší ve spolupráci s kolegyněmi - sestrami, které dítěti všechno vysvětlí místo herní specialistky i místo infoletáku. Jedna respondentka vytvořila omalovánky, které dítě dostává při plánované hospitalizaci, aby se formou obrázků dozvědělo, co ho čeká. Čtyři dotázané zmínily i výukové materiály - jedna používá výukový CD-ROM o lidském těle, jedna počítačový program, dvě knihy. Jedna respondentka se na přípravách na zákroky běžně nepodílí, pouze když se jí dítě na něco zeptá, vysvětlí mu to; na otázku o používaných pomůckách v rozhovoru neodpovídala.

Herní specialistky výše uvedené pomůcky vnímají jako nástroje a za bezpodmínečně nutné považují s dětmi především mluvit o tom, co je čeká.

HS9: Máme výukové CD, výukový CD-ROM, který se jmenuje Veselá nemocnice, kde se děti i během výuky, když přijdou poprvé, ne hned se učí, že jo, musí se teprve zklidnit, tak s pomocí toho CD se seznamují, jak to v nemocnici vypadá, jak to v nemocnici chodí, jaký je průběh hospitalizace v nemocnici... kterou jsme vytvořili my sami. Na tom je zajímavé, že jsme opravdu všechno nafotili v naší nemocnici, takže všechno je reálné. Děti tam mohou seznámit s ORL, s chirurgií, interním oddělením a všechno je v reálu. Lékaři nám pomáhali a zdravotníci, abychom všechno mohli nafotit. Konzultovali jsme všechno, aby bylo v pořádku, vysvětlili nám zákroky, takže paní učitelky z toho mohou čerpat, aby mohly připravovat děti. Ten projekt byl dělaný pro ministerstvo školství a jeho podmínkou bylo, aby byl volně přístupný všem. Pracují s tím CD už i někteří školní psychologové, pracují s ním učitelky v normálních základních školách. Je to taková... prevence... dejme tomu.

Tazatelka: Osvěta?

HS9: Osvěta. To je lepší slovo. Takže paní učitelka pomocí toho CD může dítě seznámit a působí takovým tím... uklidňuje dítě, aby se nebálo, aby nemělo strach, aby si zvyklo. Je tam ten individuální přístup, to je ta důležitá práce. Protože děti se nesoustředí ze začátku, jsou vystrašené. Takže tam se jedná o uklidnění... My máme pomůcky na herní práci, máme jich docela dost. Každý samozřejmě pracuje s něčím jiným, protože každému vyhovuje jiná práce. Máme loutky Pěťu a Petrušku, určitě jste je někde viděla, ty nám slouží... alespoň já s nimi pracuji, když k nám přijdou na návštěvu školky nebo nižší ročníky základních škol a provázíme děti nemocnicí, tak chodíme i s Petruškou. Je velká jak předškolní dítě, takže oni ji berou jako partnera. Když potřebujeme zdravotnický materiál, tak se vždycky domluvíme se zdravotnickým personálem. Tam není problém. Děti si všechno můžou zkusit a vyzkoušet. Já mám třeba takový kufříček, kde mám věci, které potřebuji. Máme CDromy, máme o lidském těle například. Máme Atlas lidského těla, knížky, máme pohádky pro děti, máme CD.

HS4: Jednak panenku, potom je to lékařský dětský kufříček, soubor Lidské tělo, atlas lidského těla, dále tam máme knížky o lidském těle, o drogách dětskou formou psané, o zdraví a podobně. A je v přípravě album, kde máme nafoceno medvídka na různých vyšetřovacích metodách a podle toho budeme dětem ukazovat... Převědeme to na fotoalbum. A už mám, tady vám můžu ukázat, dětemi psaný komentář k

vyšetřením, což do toho chci zahrnout taky. Jednak tam bude malý komentář pro sestřičky, jaká je příprava k tomu vyšetření, bude tam můj popis toho vyšetření a bude tam dětský komentář k tomu vyšetření. Doposud máme album, které vytvořila první herní pracovnice, to album není v hodné k tomu, aby se děti edukovaly, protože zachází do přílišných podrobností, jsou tam vyfoceny scény, které dítě ani nevidí, když už je uvedeno do analgezie anebo anestezie. Takže se zjistilo, že edukace by měla být v nezbytně nutné a přiměřené míře, což to znamená, že pokud to bude zákrok, při kterém dítě je vyšetřováno v anestézii, tak se budeme bavit pouze do okamžiku, kdy ho uspí ARista a budeme se bavit o jeho návratu na oddělení a podobně. A zbytek se neprobírá buď vůbec, nebo jen velice orientačně, co chce pan doktor zjistit.... Pak jsem koupila od Drijverové knížky pro předškoláky, hodně o tom s dětmi mluvíme, právě když si ty knížky prohlížíme. Já to taky dělám formou rozhovoru, kdy se navazuje na básničku, příběh nebo tak... ono to taky pomůže, když se navazuje z příběhu.

HS6: Hlavně panenku kiwanis, tu používám hodně. K tomu mám ještě svoji vlastní panenku - miminko, na které mám kanylu, mám tam náplast, se kterými se děti setkávají po operaci. Hodně používám ústenku, operační čepici, operační oděv, jak jste ho viděla, hodně dýchací masku. Co ještě... Album pro teenagery. A pak mám písemně zpracované přípravy, ale ty se mi neosvědčily. Neosvědčilo se nám to vysloveně formou - Vítáme tě tady u nás, dostal jsi se sem a sem, bude tě čekat tohle... Ale to se mi neosvědčilo, takže sice to... možná to mám už doma. Ale nebylo to dobré. A co ještě používám... Občas nějaké ORL věci, takové to koukadlo do ouška a tak, měla jsem i ORL světlo, ale to se nám rozbilo, takže to nemám. Fonendoskop tam mám určitě taky. Používám knížky, dětské knížky, abych jim aspoň ukázala, když vůbec neví, o co jde, tak aspoň na anatomii. Mám pro úplně malinké dětičky, co jsem získala po dceři, když už to nechce, takové to Lidské tělo. Pak tam mám dál už pro větší, klasicky anatomii, namalovaného člověka. A co mám jako dobrou věc, tak jsem kdysi odebírala nějakého domácího lékaře, byly k tomu jednotlivé karty a na těch kartách byly jednotlivé diagnózy. Byla tam třeba fimóza, to je když nejde přetáhnout předkožka u chlapců, a byl tam i náznak operace, protože ono se to špatně maluje, nebo ne že by to nešlo, ale to skoro lepší na tom obrázku, je to krásně udělané, že i naši chirurgové říkali, je to opravdu kvalitní. Tak tyhle karty. Magnetickou rezonanci, mám nafocené kompletně fotky, obíhala jsem špitál s foťákem. Mám magnet, CT, rentgeny, fibroskopii, rektoskopii, tohle všechno. Asi tak v kostce. A úplně nejčastější, protože pro nás je to dennodenní chleba, čepice, ústenka, operační oděv, dýchací maska a aby viděli kanylu. To mám na panence nebo i zvlášť, to ukazují větším.

HS5: Mám takového šaška, který má kanylu, má zalepené břicho náplastí, na tom jim demonstruji, jak to bude vypadat. Aby si sáhly na ty věci, aby se podívaly, jak to tam je, nechávám jim tady v herně, aby ho využily ke hram. Některé děti ho chtějí mít vyložené v postýlce, některé vedle, takže ten šašek takový docela používaný.... Pak u starších dětí jim přinesu ukázat pomůcky, ne přímo na šaškovi, ale přinesu jim kanylu... Ony tady děti nemají moc vstupů, takže jenom kanylu a obvaz. Tak jim to přinesu, aby si sáhli, aby se podívali, a samozřejmě je to spíš rozhovor, s těmi staršími dětmi a záleží na nich, jestli chtějí s rodiči nebo bez rodičů. Pak si třeba popovídám s rodiči samostatně a s dětmi taky.

HS11: Hlavně Petruška. Ale s Petruškou pracuji hlavně já a dětem dám panenky. Takže mají panenky a ty léčí. Protože Petruška je hodně nemocná, tak si zkoušíme i injekce a výtěry a oni na panenkách. A to je jejich nemocné miminko, takže oni se o ně starají i celou dobu, co jsou tady.... Pak máme ještě další dobrou pomůcku, máme to natočené na video. Takže se může stát, že dítě přijde, když my už potřebujeme jít někam jinam, tak s maminkou jenom to trochu probereme a pustíme video.

Tazatelka: Používáte to tedy jenom, když nemáte čas být s dítětem osobně?

HS11: : Ano ano ano. Protože přece jenom kontakt je daleko lepší. Ale video máme.

HS10: Kufřík, album, máme normální hrací kufřík. V tom kufříku, co jsem měla venku, tam mám předoperační pomůcky, oblečení, roušku, narkotizační masku. A pak máme kufřík na hraní. Když děti chtějí, tak jim půjčím Žofku, tu malou panenku. Pěťu ne, tu mi zdevastovaly. A oni si tam hrajou. A to používáme i normálně, děti si s tím hrajou na doktora jako ve školce. Pak máme album, kde máme nafocená všechna vyšetření, teď máme nová ještě ve foťáku, třeba ty evokované potenciály, jak jsme se na nich byly podívat. To mají sestry k dispozici, a když potřebují, tak to jdou vysvětlit... A nebo ultrazvuk, chodíme, třeba když je dítě bojácné, tak máme klíče, já si vezmu maminku a dítě, jedeme dolů, Petrušku položíme, ono ji vyšetří, může jí napatlat gel. A pak paní doktorka nemůže dítě poznat, protože ono ... Pak to Petruška udělá jemu. A to je ideální. To je to, že máme opravdu možnost cokoliv. Nám do toho nikdo nemluví. Zatím se nám nestal žádný průšvih, to je taky o tom.

HS13: Používala výtvarné pomůcky, alba, fotoaparát - sama fotila přístroje, vycházela z odborné literatury a využívala to při psaní textu, děti malovaly jak to vidí ony samy, takže vyšetření je demonstrováno ve třech krocích, např. fotka CTčka + dětská kresba + popis vyšetření.

HS8: Dělali jsme pro děti, než jdou na operaci, takové omalovánky s povídáním o nemocnici, aby si to mohly doma s rodiči vymalovat, přečíst a věděli trochu, do jakého prostředí jdou.

HS1: . Samozřejmě že si vezmu panenku, když na ní budu chtít ukázat, jak se zavádí kanyla. Když chci komunikovat s rodiči, použiji třeba úplně stejné pomůcky jako u dítěte. Ale pořád je to jenom pomůcka, jde o to, abych něco zobrazila, jako komunikační nebo terapeutický prostředek.

## **Přípravy na diagnostické a terapeutické zákroky**

Na vyšetření a zákroky připravuje dětské pacienty dvanáct herních specialistek. Některé z nich v rozhovoru vyjmenovaly a popsaly používané pomůcky, které jednak ukazují,

co děti uvidí, a jednak se stávají východiskem pro rozhovor. O přípravách dále nemluví. Jiné respondentky sdělovaly zásady, které při přípravách dodržují. Určitě se však nejedná o jejich úplný výčet, spíš přehled toho, co konkrétní herní specialista považuje za obzvlášť důležité, charakteristické pro svůj osobní přístup k dětem. Navíc některé v odpovědích na tuto otázku zmiňovaly i spolupráci s rodiči či ostatními zdravotníky, přivítání na oddělení a seznámení s jeho chodem, doprovod na vyšetření aj., jiné ne. Z uvedených důvodů nemůžeme přehled zásad uvedený v tabulce v oddílu Přílohy považovat za konečný, ale spíše za inspiraci.

Jedna herní specialista přípravy jako svou běžnou pracovní náplň nemá, ale nabízí dětem i rodičům, aby se ptali, pokud je o vyšetřeních něco zajímá; stejně tak nabízí pacientům doprovod na zákrok.

Jedna respondentka nepracovala v nemocnici, proto na zákroky své klienty nepřipravovala, ale podle potřeb dětí si s nimi o pobytu v nemocnici povídala.

V rozhovorech zaznělo množství zásad a zkušeností, které herní specialistiky přijaly za své: Jedna respondentka mluvila o tom, že si postupem času vytvořily s kolegyněmi vlastní variantu příprav, která se odchýlila od té formy, jaká jim byla původně nabídnuta britskými odborníky v rámci seznamování s herní prací. Do svých příprav zahrnuly své zkušenosti s pacienty, možnosti svého oddělení a v neposlední řadě i českou mentalitu odlišnou od britské. Několik herních specialistek zdůrazňovalo, že je potřeba s dětmi komunikovat, povídat si o tom, co je čeká, vysvětlovat jim. Opakovala se zásada mluvit o tom, co dítě vnímá, ukázat, co uvidí (např. fotku těla s jizvou ano, ale s vnitřními orgány ne). Většina respondentek preferuje pracovat vždy s jedním dítětem. Jedna zkoušela připravovat 2-3 děti současně, ale tento svůj postup jen konstatovala a nezhodnotila, zda se jí osvědčil, či ne. Všeobecná shoda panuje nad pravidlem o individuálním přístupu. Upřednostňují mluvit k dítěti, ne k rodičům, protože jazyk dospělých je často dětem nesrozumitelný. Také je třeba, zejm. u dospívajících respektovat, zda chtějí s herní specialistkou mluvit o samotě, nebo za přítomnosti rodičů. Důležité je klidné prostředí a soukromí, to však vzhledem k prostorovým podmínkám na odděleních může být obtížně dodržitelné. Při rozhovoru se herní specialistiky snaží vycházet z dítěte, tedy navázat na to, co už ví, zažilo, na jeho slovní zásobu. V některých případech může být nesnadné nalezení rovnováhy mezi požadavkem dítěti nic nenutit, neříkat mu, co nechce, nestresovat, a zároveň mu nezatajovat nepříjemné okamžiky. Respondentky se shodují v nutnosti dítěti nelhat. Některé dávají, pokud to lze, pacientům možnost volby, aby se necítili

manipulování (např. dítě si vybere, zda chce odebrat krev z pravé, či z levé ruky). Mnoho herních specialistek dětem ukazuje skutečný zdravotnický materiál, přístroje a prostředí, kde zákrok či vyšetření proběhnou. Dvě respondentky problematiku příprav velmi výstižně zformulovaly do požadavků: "připravovat přiměřeně a v nezbytně nutné míře" a "špatná příprava je horší než žádná". Dvě herní specialistky děti po přestálém nepříjemném zákroku odměňují kartou resp. diplomem za statečnost.

HS10: Udělali jsme si takovou svoji vlastní variantu. Ne že bychom vybočili z toho, co dělají, ale začali jsme to přizpůsobovat našim poměrům. Protože v Anglii, teď už od toho taky upouštějí, ale měli třeba variantu, že ukazovali dětem úplně všechno. Když šlo na srdce, tak tam měli všechny šlachy, hadice z těla. Myslím, že na to naši pacienti ani maminky nejsou připraveni, takže jsme si to uzpůsobili tak, že je připravujeme po dohodě s lékaři, zdravotním personálem tam, kam dítě vnímá, než jde na sál. To znamená premedikace, ukážeme jim, jak vypadá oblečení na sále, řekneme jim, že nebudou pít, nebudou mít polštář, když je to bude bolet, dostanou léky, pustíme jim relaxační hudbu nebo pohádku a touhle variantou to děláme. Vypracovávali jsme ten systém několik let, protože to není jednoduché, zvláště tady na dětském, kde je strašně moc diagnóz. Neustále chodíme s foťákem a doplňujeme ty diagnózy, které jsou nové, nové vyšetřovací metody, abychom s tím drželi krok

HS1: Práce s menšími dětmi nebo s dětmi, které jakoby nechtějí nic vědět, tam je ideální mluvit s maminkou, dítě si hraje, já mluvím s maminkou, ale samozřejmě stylem, jako bych mluvila na dítě. Dítě to samozřejmě vnímá, buď se do hovoru zapojí samo, aktivně, nebo aspoň až já odejdu, tak s maminkou proberou, pak se třeba vracím. Ale na to není naprosto žádný návod. To dělaly Pardubice nebo ony to možná dělají doteď, já nevím, hromadné přípravy. Mají scénky a příprava probíhá formou divadélka. Je to samozřejmě věc názoru, věc zkušeností, ale já si myslím, že to takhle být nemá. Já vím, že to šetří čas, oni třeba říkají, že se snaží potom se individuálně k dětem vracet a mluvit s nimi ještě zvlášť. Ale myslím, že se nedá sázet na to, že se vezme šest dětí od šesti do osmi let, že můžu se všemi mluvit stejně a stejné výrazy. Já myslím, že to je ošemetná věc, to dítě informovat, aniž byste dopředu zjistila, co dítě ví, co chce vědět, jaké používá výrazy a tak dále. To je opravdu tak strašně odlišné. Někdo říká čárka, někdo říká jizva... Je spousta případů - špatná příprava je horší než žádná příprava.

HS10: My jsme prošly vývojem a byl to vývoj dost dramatický. Protože třeba pan primář z dětského oddělení byl několikrát v Anglii a hrozně o to stál, abychom to tady dělali. Na chirurgii o to až tak moc nestáli. A tam to probíhalo... oni to dělali formou takové jako scénky a dělají to dvakrát v týdnu před operačním dnem. Pondělí, středa, půl dvanácté, je to jasné. Přijdou všechny děti, oni si je shromáždí a vlastně je to obecné. Tady jdete z pokoje do pokoje, máme jiný druh vyšetření, jiný druh operace... Takže nám to dělalo dlouho problém... A já potom, jak jdou děti v pořadí na operace, tak si je obejdu, nestresuju je den předem, všechno jim to ráno vysvětlím, nechám jim tam kufík, oni si s maminkou pohrají. Když na mě dítě ráno špatně reaguje, tak tam nechám mamince všechny věci, řeknu jí co a jak je potřeba, aby dítě vědělo. A obrovsky nám to usnadnilo práci a vyhovuje nám to. Máme opravdu minimum dětí, které nejsou připravené. Zdravotníci to kvitují.

HS1: Dítě má právo, a herní specialista to samozřejmě ctí, a pokud dítě nechce žádnou edukaci, nechce žádné informace, nechce vědět, tak herní specialista má za úkol vytvářet kolem dítěte určité přátelské prostředí, právě možnost říct já nechci, vybrat si, kolik informací, jaké informace a obhájit dítě v tom smyslu, že dítě nechce. To je přesně ten rozdíl, teď jsme to přesně vyhmátly. A proto herní terapie, proto atribut těch panáků, těch edukačních pomůcek. Každá příprava je samozřejmě individuální, kontakt s dítětem a pokaždé použiji něco jiného. Samozřejmě vycházím z toho, co dítě chce. Když to přeženu, tak se to podobá nějakému psychotherapeutickému rozhovoru, ale rozhodně to není edukace a tlačení dítěte

HS4: Dosud máme album, které vytvořila první herní pracovnice, to album není vhodné k tomu, aby se děti edukovaly, protože zachází do přílišných podrobností, jsou tam vyfoceny scény, které dítě ani nevidí, když už je uvedeno do analgie nebo anestezie. Takže se zjistilo, že edukace by měla být v nezbytně nutné a přiměřené míře, což to znamená, že pokud to bude zákrok, při kterém dítě je vyšetřováno v anestézii, tak se budeme bavit pouze do okamžiku, kdy ho uspí ARista a budeme se bavit o jeho návratu na oddělení a podobně. A zbytek se neprobírá buď vůbec, nebo jen velice orientačně, co chce pan doktor zjistit.

HS1: (když dítě)...nechce, tak mu řeknu jenom přípravu, že se bude koupat, klystýr, protože ten holt bude mít. Zásada je říkat, co dítě zažije. Proto já nesouhlasím s těmi otvíracími panáky s orgány, protože nechápu, proč bych dítě před operací měla zatěžovat takovými vizuálními představami o tom, co kde mi vyndají, vyhodí a já nevím co. Když už, tak zpětně, ke zpracování zážitků a obav, příprava a práce na další hospitalizaci, odbourávání nějakých negativ a tak. Ale dopředu, s tím prostě nesouhlasím.

HS4: A hlavně takový lékařský syndrom, hodně zažitý, i když mladí lékaři už se dneska snaží s dětmi komunikovat, tak jestli jste si všimla, tak jakmile se objeví rodič, tak málokdo z nich s dítětem komunikuje dál. Obrátí se na rodiče a nesvéprávně děťátko, tomu to vysvětlí rodič. Což někdy je dobrá metoda, ale pouze v tom případě, že dítě s lékařem moc nechce komunikovat. Tak zvolí cestu přes rodiče. A tom se taky speciálně s rodičem domlouvám. Ale pokud to jenom trošku jde a dítě je na mě naladěné, tak se snažím mluvit s ním, získat ho pro spolupráci s ním a dělám to právě, když jsou tam rodiče, abychom byli v tomhle týmu. Ale lékaři na to často zapominají, že musí mluvit především k dítěti.

Tazatelka: Všimla jsem si, že dáváte si hodně pozor na volbu výrazů, aby byly dětem přiměřené. Všimla jsem si, jak říkáte, že to d'obne, motýlek a takové ty figle.



HS6: To jsou věci, kdy sdělíte nepříjemnost trošku šetrněji. Protože zastávám názor, že dětem se lhát nemá, nemá to význam, vůbec ne, protože ony tou situací projdou a nakonec je myslím důsledek horší, když to nevědí. Protože pak se mi to u těch větších odrazí v tom, že ty jsi mi to neřekla. Spíš jak zvolit, když dítě poznám, techniku, kterou ho seznámím s daným.

HS10: My z toho uděláme, takový show. Petruška říká Já jdu na mandli, já se bojím, Já jdu taky, A ty se nebojíš, Nebojím. A už to rozjedete. Petruška si dá roušku na oči, nevidí, tak děti jí... To rozesměje i plačtivé děti. Blbosti. Hravou formou.

Tazatelka: Takže je do toho vtáhnete.

HS10: Uděláte z toho spíš legraci. Ta informace pak už spíš... Třeba když dítě dostane premedikaci, vrátím se i k mamince, řeknu jí, jak bude vypadat návrat po narkóze, co má dělat, jak to má udělat. Potom je to pro maminku informace, to už je na úrovni dospělých. Ale s dětmi je to legrace.

HS7: Povídky si o tom, určitě. Některé děti chtějí vědět přesně.... Jinak se mě ptají přesně, co chtějí vědět, takže já jako dospělý člověk mám třeba zkušenosti s anestezií. Vysvětlujeme to dětem tak, že si můžou vybrat, buď budou foukat do balónku nebo dostanou pohádku do kanyly a oni si vybírají, někteří chtějí foukat, někteří dostávají pohádku do kanyly, po které usnou a zdají se jim pohádky.

HS1: Tam jde samozřejmě o to, dítě ošetřit tak, aby... Strach bude mít vždycky, ale aby to nebyla panická hrůza. Ale aby dítě fakt vědělo, že je ve správnou dobu na správném místě, že je mezi lidmi, kteří mu dají možnost se ptát, chtějí si s ním povídat, možnost vybrat si - chceš injekci do pravé ruky, do levé. Že to není manipulace s dítětem v rámci systému, že dítě má svoje slovo, má svoje práva a stojí vám za to si s ním povídat. Ale na druhou stranu, že ctíte to, že samo moc dobře ví, že tohle je holt jeho obrana... Ten začátek byl opravdu direktivní, edukativní, prostě zmanipulovat děti, prostě je tady herní specialista, tak není možné, aby se někdo bál. To je přece nesmysl. Samozřejmě že se dítě bude bát, že se bojí rodiče a tak dále.

HS5: Ono je těžké tyhle malé děti připravovat, protože oni si se šaškem hrají, všechno jim ukážeme, ale když je přímo ta situace, kdy se něco děje, tak většina z nich pláče. Takže přesně nevím, jak by to bylo s přípravou a bez přípravy... Ale většina starších dětí, těch 5 - 6 let, přípravu vnímají myslím pozitivně, protože se těší třeba na balónek, na sál, až ho nafouknou, a těší se, že půjdou brzičko domů. Takže oni to vnímají... někteří pozitivněji, hrozně záleží na výchově v rodině. A hlavně i jak působí rodiče. Protože někteří rodiče jsou úzkostní a přenášejí to na dítě, takže pak je spolupráce mnohem horší.

HS4: A já jsem začala pracovat na tom... aby děti byly každé ráno o zákrocích informované, děti jsem na vyšetření doprovázela. Což na jednu stranu by někdo mohl říct, tohle může dělat sanitárka nebo ošetřovatelka, na druhou stranu je to výborná příležitost pro to, jednak když už jsem dítě edukovala, tak to vyšetření s ním projít, prožít, být mu tam oporou, a jednak taky to dítě ode mě dostane zpětnou vazbu, že to, o čem jsme se domluvily předtím, v edukaci, platí a je skutečně tak, jak to je. A je to vazba důvěry pro další spolupráci a pro další léčbu. Tam je hrozně důležité nezatajovat dítěti nepříjemné okamžiky, připravit ho na to vhodnou formou, volit správná slova. Já už mám v edukaci zvolená slova, kdy vynechávám výrazy jako "bude ti tam někdo *píchat*", neboj se, nebude to *bolet*", ale spíš používám věci, jako "teď to *zatlačí*", ukazujeme si některé pomůcky

HS4: Prostě buď to jde tak, že to děti zvládají, anebo se chvíli bohužel musíme poprat, ale samozřejmě máme hned připravené odměny. A teď jsme poprosili maminku jednoho chlapce, která krásně maluje a je to výtvarnice, jestli by mi nemohla navrhnout kartičky za statečnost, což se mi hrozně líbilo, i ve škole jsme o tom mluvili, že v Anglii se používají bravecards, za statečnost. Mně by se to třeba líbilo jako lepicí samolepky, že se to připne. Tak jsem myslela, že bychom udělali malé diplomky za statečnost nebo že bychom udělali bravecardy a že by dětičky měly obrázek za statečnost, kde si to můžou ukázat.

HS6: Dětem po operacích nebo po výkonech dávám diplomy, ty jsem si sama udělala, nechávám si je tady množit a mají černobílé diplomy za statečnost, jsou tam obrázky a jejich jméno.

## Spolupráce s rodinou

Spolupráce herní specialistky s rodinou hospitalizovaného dítěte je téma, které prolíná napříč většinou rozhovorů. Respondentky o rodičích mluvily zejm. v pasážích o získávání zpětné vazby o své práci, o sociální opoře a o náročných klientech. Podrobněji o spolupráci s rodiči a o důsledcích jejich přítomnosti na odděleních mluvilo jedenáct respondentek, z toho poměrně obsáhle a do podrobností čtyři. Jedna respondentka se vzhledem ke svému působišti s rodiči nesetkávala, věděla o nich jen prostřednictvím vyprávění dětí.

Všechny konkrétní postřehy lze shrnout, že je nezbytné s rodiči komunikovat o všem aktuálním a důležitém, co se týká zdravotního stavu dětí a pobytu v nemocnici, herní

specialistka je často v pozici jakéhosi komunikačního mostu mezi pacientem a jeho rodinou a personálem oddělení, a řeší většinu konfliktních situací.

Různé aspekty spolupráce s rodinou lze shrnout do několika okruhů. O nutnosti respektovat děti, rodiče a jejich vzájemný vztah mluvily čtyři respondentky. Dvě zmínily potřebu zprostředkovávat kontakt mezi rodinou a zdravotnickým personálem. Čtyři herní specialistky vidí rodiče jako partnery v získávání a poskytování informací o dítěti. Dvě mluvily o zapojení rodičů do péče o dítě, např. doprovázení na zákroky, zapojení do volnočasových aktivit. Pět respondentek upozornilo na cílené vytváření podmínek pro pobyt rodičů na oddělení. Mají na mysli seznámení s chodem oddělení, provázení pobytem v nemocnici, ale také nabídnutí pohodlí. Vymezování hranic a řešení krizových situací se v rozhovorech věnovaly tři respondentky. Mnohé nemocnice nejsou projektovány na množství rodičů, takže někdy dochází ke konfliktům daných malým prostorem. Zároveň je potřeba ve společně sdíleném prostředí nastolit pravidla a dodržovat je. Jedna herní specialistka zdůraznila, že se intenzivněji věnuje dětem, které jsou hospitalizovány bez rodičů.

HS1: (...) někdy po revoluci se začaly nemocnice otvírat, podílela jsem se i na prvním zdravotnickém projektu DAR - Děti a rodiče v nemocnici, který začal v roce 93. Přišlo to sem zvenku. Ono to bylo zároveň s Klíčkem. V roce 93 tady začal projekt, který začala doktorka Olga Starková z Anglie, Peg Belson.... Ovlivňovat zdravotníky, aby pochopili, že rodiče do nemocnice patří, že není možné děti od rodičů odtrhávat a že je potřeba vytvářet takové podmínky, aby se přistoupilo na to, aby se hospitalizovala rodina dítěte. (...) Prosadili jsme ubytovnu pro rodiče. Začali jsme tu rodiče mít ve velkém, různé třeňce. Systém na to nebyl zvyklý. Byli zvyklí děti mít a nějakým způsobem se o ně starat. Lidé, kteří to nezažili na vlastní kůži nebo to vidí zvenku, mají pocit, že rodiče v nemocnici sestrám uberou práci. Že sestry nemají co dělat, že máme to za ně všechno udělat, ale to samozřejmě není pravda. Pokud to má fungovat dobře, pokud to má být spolupráce, tak se nutně musí přijmout myšlenka, že rodiče jsou navýšením klientely. Nemůže si myslet, že jestli máte patnáct dětí, nebo patnáct dětí plus jednoho nebo dva rodiče, že je to stejné. To samozřejmě není stejné. Došlo k strašnému nárůstu lidí, my tu pro ně nemáme záchody, postele, my pro ně nemáme nic. A začaly vznikat problémy, třeňce, dohadování, sestry na to nebyly zvyklé, měly své práce dost.

HS2: Respektujeme rodiče, nic nedělat za jejich zády. Spíš mluvit s rodiči o tom, proč to nechce vědět nebo aby to vědělo dítě, jaké jsou jeho důvody.

HS10: K ničemu není, jestliže se nám zhroutí, a nebude se starat o dítě, které ji po narkóze potřebuje daleko víc než nás. Chtějí mít maminku. To je 4,5letá holčička, která je na mamince dost závislá, a maminka zřejmě na ní. A když nedáte dohromady maminku, nedáte dohromady ani to nemocné dítě. Takže to je spojená nádoba a nejde to oddělit. Nemůžu říct, teď si vezmu děti a budu pracovat jako herní specialista a maminky půjdou pryč. To nejde. (...) My se tady snažíme vytvořit jednak domácí prostředí a jednak komplexní péče spočívá v tom, že rodiče i děti tady mají takřka maximální volnost. To znamená že můžou být kdekoli - na chodbě, viděla jste kočárky, maminky si jezdí po chodbě, do herny, kamkoliv. Návštěvy mají neomezené, takže sem může kdykoliv kdokoli. Musíme to usměrňovat tím směrem, aby to neobtěžovalo další pacienty. Když včera k jednomu chlapčkově, který je tu sám, přišlo osm lidí, tak je to hodně. Tak vysvětlujeme, aby se vystřídal, aby tu byli po jednom. Prostě tohle všechno je práce, která kolem lidí musí být. Když si toho nevšimnete, tak je to špatně.

HS9: V poslední době se člověk naučil pracovat s rodiči, což dřív nebylo tak běžné, protože já v nemocnici pracuji... myslím takových třináct let, možná. Před třinácti lety byla situace jiná. Ze začátku mi dělalo problémy třeba pracovat s rodiči, dřív jsem k nim moc neuměla najít vztah. Tak asi jako sestřičky, jak ten problém byl takový, ale to se poddalo. A i tam možná právě byla jedna z odborných konzultací, jak s rodiči pracovat, a takovéto vystoupení psychologa, v jaké jsou rodiče situaci, což hodně pomohlo, protože dejme tomu před osmi, devíti lety, takže teď práce je většinou dobrá.

HS1: Pro nás nikdy nebyli rodiče neznámý pojem, vždycky jsme se snažili je sem pouštět neomezeně, nebyla návštěvní doba. Když přijeli z Moravy nočním vlakem, tak tu mohli být celý den a večer odjeli. Na jiných odděleních se stávalo, že jste přišla minutu po konci návštěvní doby, jela jste z Ostravy, a oni vás nepustili, jela jste zpátky. To tady nikdy nebylo. Já jsem už přišla do týmu, který fungoval moderně, šlo mu o děti a rodinu. My jsme to budovali na zelené louce a tohle byla strašná výhoda. A to mě tady drží, i když to není ideální a dělají se chyby.... Ale nějak se holt snažíme všichni, všichni jsme v provizoriu, tak to musíme snášet, včetně rodičů. Čím víc jsou lidé od revoluce jako posunutí k větší informovanosti a k právům a představám o tom, jak by to mělo být, tak tím víc se ocitám v roli obhajitele tady toho celého. Dřív se lidi hodně báli, byli nepoučení, bylo hodně práce s úzkostí, se strachem, dneska se to už dostává do druhého extrému, že lidi mají

práva a bez ohledu na ostatní a na nás... Takže dneska často lidem vysvětluji, že jsme na jedné lodi, že to je průser, ale my za to nemůžeme a že společně musíme vytvořit podmínky, aby všechny děti a všichni rodiče měli aspoň základní podmínky, aby to tu přečkali

HS6: My jsme ze začátku nabízeli i rodičům, když čekají, že půjdou na příjem, aby přišli, domluvili si se mnou individuálně schůzku, že si popovídáme, já jim ukážu oddělení, když jinou možnost nemají. Ale využili to snad dvojí rodiče. Byť se ta nabídka prezentovala na dětském i na chirurgickém příjmu. Občas je zajímavá, jak to tu vypadá. Občas holky z ambulance zavolají, posílám ti sem někoho, aby se koukli, ale jinak je zvláštní, ale v našich podmínkách nevyužívají. Byť ta nabídka je trvalá. Já bych to chtěla vidět, když si sem jde moje dítě lehnout. Já myslím, že český člověk na tohle není zvyklý. (...) Já jsem byla i v Anglii, tam to byla samozřejmost. Tam herní pracovník pracoval tak, že si sjednával návštěvy (...). Ale tam fungovaly běžné návštěvy plánovaných výkonů, rodiče s dítětem přišli a seznámili se s nemocnicí. To tady není.

HS10: Jednou jsem s maminkou strávila dopoledne, že jsme sháněly polštář, který není tvrdý, protože jsem koukala na maminku, že je hrozně nevydala. Říkám, co je vám? Já už jsem se dva dny nevydala, já mám strašný polštář. Vyměnily jsme polštář, maminka druhý den rozžasaná a to vás potěší. Jsou to drobnosti, to vás nabije, vždycky vás to nabije.

HS5: Někteří rodiče chápou takové to pražáctví, že my si tady hrajeme na něco jiného než v jiných nemocnicích. Máme to tady ošklivé, je to stará nemocnice, sestry jsou hrozně zlé, některé jsou přepracované, lékaři s nimi dostatečně nemluví... Ono se to nakupí a je to hrozné.

Tazatelka: Takže myslíte, že jsou rodiče nespokojení jednak s přístupem personálu a jednak s materiálním vybavením?

HS5: Hm. A spíš myslím, že s materiálním vybavením, protože jsem se setkala... mám zkušenosti, že plno rodičů říká, že okresní nemocnice jsou krásné nemocnice, že jsou pro děti vybavené. A pak přijdou sem a diví se. Takže takový... přístup k rodičům, ono je to hrozně těžké, tady je někdy takový frmol, že si rodiče myslí, že je odbýváme. Samozřejmě když je čas, tak si sestry s nimi rády sednou nebo tak. Ale někdy to prostě doopravdy nejde. A ten člověk, já myslím si to bere špatně. To pak je samozřejmě na vysvětlení a popovídání.

Tazatelka: Jak vnímáte v takové situaci svou roli, o co se snažíte, co si vnitřně dáváte v takové situaci za úkol?

HS5: Já si dávám uklidnit rodiče a přiblížit jim situaci, jaká je tady na oddělení, proč se lidé takhle chovají, aby se vcítili do situace, ve které je celý personál, a nějak jim to tady usnadnit, aby se tady cítili lidštěji, aby si nemysleli, že jsou tady na oddělení zavření, že musí dodržovat určitý režim (pozn. nejspíš myšleno - když už musí...), tak jim to trochu zpříjemnit, zpřístupnit, popovídat si, takové ty normální věci, uvařit jim kávu, co oni cítí pozitivně. Samozřejmě na to není někdy čas...

HS3: Říkáte si, já tady házím akorát hrách na zeď, protože já můžu vysvětlovat a říkat, co chci, a můžu tisíckrát říkat uklízejte po svých dětech, přijdu do herny, tam sedí maminka, kouká na svoje dítě, jak tam mlátí disketami do počítače. Máma mi to dovolila, tak co já budu poslouchat nějakou cizí ženskou. Je to těžké i kvůli rodičům, říkám si, když jsou takovíhle rodiče, jaké pak mají být děti. (...) Já nemůžu za tři dny dítě převychovat, že jo

HS5: Komunikace s rodiči, s dětmi, příprava na zákroky, na určité výkony, doprovázení některých dětí. A hlavně preferujeme, když tady je dítě bez rodičů, tak jsem takový k němu... abych si s ním hrála... prostě trochu nahrazuji rodiče, aby s ním tady někdo byl, aby tu měl někoho..., aby nebyl úplně v cizím prostředí. A hlavně já chodím ještě na tu naši JIPku, takže se tam ještě snažím mluvit s rodiči a s dětmi, když mají nějaké problémy.

## **Začlenění do pracovního týmu**

Přestože začlenění do pracovního týmu zjišťovala jedna otázka, výpovědi na toto téma prolínají celým rozhovorem, a to lze konstatovat u všech dotázaných herních specialistek. Shodují se v tom, že to je proces, tzn. že svou roli hraje čas. Zásadní vliv má skutečnost, jestli sestry a lékaři mají, či nemají s herní prací nějakou zkušenost: pokud ano, má konkrétní herní specialistka vřazování do týmu mnohem jednodušší a kratší, než když kolegyně a kolegové tuto zkušenost teprve získávají. Podstatou procesu je vždy vyjasňování pracovní náplně a kompetencí herní specialistiky. Ty si obvykle postupně hledá ona sama, komunikuje je svým spolupracovníkům a ti si vytvářejí nebo opravují své představy o roli herní specialistiky na pracovišti. Celý tento proces respondentky popisují jako dlouhodobý, trvá měsíce až roky, než všichni pracovníci poznají a akceptují její pozici a naučí se na ni obracet se s příslušnými zadáními.

Některé respondentky popisovaly své včlenění do týmu konkrétně, jiné spíš v obecných rysech. Vyjadřovaly se i k tomu, jak spolupracují s jednotlivými kolegy. V případě zdravotnických pracovníků je jejich přímou nadřízenou vrchní sestra oddělení a spolupracují zejm. se sestrami. V případě učitelek je přímou nadřízenou ředitelka nemocniční základní a příp. mateřské školy a je v kontaktu nejvíc s ostatními učitelkami. Některé herní specialistky mluví o tom, že spolupracují se všemi členy personálu na oddělení a nestanovují pořadí.

Citované výpovědi respondentek ukazují celé kontinuum, od bezproblémového začlenění do týmu, přes náročné až po popis negativní atmosféry na pracovišti, kde respondentka cítí vřazení do týmu jako slabé a svoji pozici si teprve buduje. Období vřazování do týmu a hledání vlastní pozice se ukazuje různě dlouhé: Šest respondentek o problémech s přijetím svými kolegy nemluví, snad proto, že na pracovišti působily již několik let před tím, než svou práci obohatily i herní přístup. Jedna z nich však dva roky hledala, co bude v její práci to klíčové. Jedna herní specialista konkrétní dobu také neudává a ani není z rozhovoru zjevná. Dvě dotázané akceptaci ostatními zdravotníky konstatují po půl roce, dvě po třech letech a jedna ze strany sester cítila přijetí po jednom měsíci, ale ze strany lékařů po jednom roce ještě ne. Dvě herní specialistky přijetí svými spolupracovníky zatím necítí, resp. pro jednu to byl jeden z důvodů, proč tuto práci opustit.

HS1: Já jsem oproti jiným v úplně jiné situaci od začátku, protože jsem to jednak začala dělat na zakázku svoji i pracoviště. A jednak jsem tady před tím dlouho pracovala i v postavení třeba staniční sestry. Takže pro mě je daleko jednodušší se prosadit a vytyčit si svůj prostor, který si myslím, že je důležitý, aby se poskytovala péče. Já jsem vlastně byla první, začínala jsem úplně z ničeho. Shoda náhod, když jsem tady dělala staniční někdy po revoluci, tak se začaly nemocnice otvírat, podílela jsem se i na prvním zdravotnickém projektu DAR - Děti a rodiče v nemocnici, který začal v roce 93. (...)

Takže já jsem v tu dobu začala propagovat, že je potřeba tým posílit o někoho, kdo bude mluvit s dětmi i s rodiči. Já jsem to vlastně vymyslela. Ale to se o žádném herním specialistovi nic nevědělo. Pak jsem šla na mateřskou, a když jsem se vrátila, tak jsem začala dělat kontaktní sestru. V podstatě někoho, kdo tady je a kdo má čas, kdo pokryje spektrum věcí okolo, které zdravotníci nemůžou obsáhnout. Pomáhá jak rodičům, tak zdravotníkům s komunikací a s tím se sžít a navázat co nejlepší vztah a společně se snažit pomoci dítěti. (...)

Mé postavení tady je jiné oproti lidem, kteří jsou tady v Motole ..., které přišly jakoby z venku, přes konkurz. Tak to je jiné postavení než mám já nebo kolegyně v Ústí. My jsme v týmu byly, vzešly jsme z něj, lidé chtěli, abychom to dělaly. To je úplně jiná situace než zvenku, ...ta specialista neví, co po ní doktoři chtějí, neví, co ta práce obnáší. Doktoři to taky to nevědí.... A nikdo neví, co má vlastně obnášet, informace jsou velmi zkrácené a velmi nepochopené. Takže lidé narazí na to, že se po nich něco chce, ale nikdo neví co, oni vlastně také ne. A pak se třeba dostanou sem ke mně na stáž, tak si to nějakým způsobem vyjasníme, ale pak je na nich, aby přesvědčili své kolegy o tom, že ta profese je vlastně něco jiného, než oni si myslí. Je na každém člověku, aby do toho vnesl co nejvíc dobrého, aby se profese budovala odspoda. (...)

A zase se vracím na začátek k vaší otázce, jak jsem se tady zabydlela, pořád odbíhám. Byla jsem tady dlouho, pracovala jsem na sále, na pooperačním, tak jsem měla daleko větší volnost. Já jsem přišla a od nuly jsem to budovala de facto tím, že jsem dva roky pozorovala provoz, lidi a snažila jsem se vychytat, co je nejdůležitější. Nestíhala jsem všechno, v žádném případě, spíš jsem se soustředila na to důležité. A z mého pohledu se nakonec ukázalo, že nejdůležitější je práce s rodiči. Pokud jsem jenom jedna a pokud tady mám třicet rodin, tak nemůžu dopustit, abych si hrála s dítětem nebo se snažila dítě nějakým způsobem edukovat a nade mnou stála máma, která pláče a bojí se o život dítěte, neví vůbec nic, nemá kde bydlet a tak dále. Takže nakonec se to stejně překlápilo do práce s rodiči.

HS4: Začínalo to tak, že herní pracovník, který tam přede mnou pracoval, byla staniční sestra z neurologie, a protože to bylo pole neorané a funkce ne příliš známá, tak jela na stáž do motolské nemocnice..., a s těmi dojmy, a potom třeba i s dojmy z Pardubic, se vracela k nám. A vytvořil se právě ten edukační album a snažila se děti připravit na vyšetření a tak dále. Já jsem nastupovala rok a půl poté, co ona tam pracovala, a začínala jsem s tím, že tam v podstatě nikdo moc nevěděl, pořád ještě, o čem herní práce je, všichni to brali tak, že spíš si s dětmi hraje a o nějakém pomůčkovém zázemí nebo... o tom nebyla ani řeč.

HS5: Já tím, jak jsem měla trochu raženou cestou kolegyní předtím, tak mě sestřičky přijaly hrozně dobře. Ze začátku mě popichovaly, co bych měla dělat, sama jsem taky nevěděla. A teď mi přijde, že hlavně sestry... že když tady nejsem, tak to cítí, prostě že chybím, že už si na moji přítomnost zvykly. A třeba staniční sestra mi říká, že rodiče to vnímají dobře, že si s nimi někdo popovídá, přece jenom sestry nemají tolik času. Akorát jsem se ptala na lékaře, jestli trochu vnímají moji pozici, jsou taková trochu... že vidí výzdobu, ale že by něco víc, tak... moc ne.

Tazatelka: Jaká je vaše pracovní pozice v týmu? S kým nejvíce spolupracujete?

HS10: Kompletně se všemi.

Tazatelka: Úplně se všemi, lékaři...?

HS10: Lékaři, sestry... Byla jste toho teď svědkem (moje pozn. Lexaurin), že jo. Jdu za panem doktorem. Výhoda je v tom, že jsme opravdu jeden tým, takže oni vás berou na své úrovni. Že by vám řekli Do toho se nám neplet'te, to tady neuslyšíte. Pan doktor řekne, Já nevím, co s ní mám dělat, já říkám Musíte s ní něco udělat, takže kolem ní začali trochu běhat. Záleží na tom, jak jsou lidé naladěni. Ale jsme rovnocenný tým, takže moje slovo tady platí. Ne že bych rozhodovala, to nechci říct. Ale pokud mám nějakou připomínku, tak ji berou na vědomí, chodí se nás ptát. Jak já dostávám informace od zdravotníků, oni je vyžadují o dětech zpětně od nás, od paní učitelky ze základky, od nás. Děti v nás mají větší důvěru než ve zdravotníky, protože od nich čekají vždycky nějakou zradu (smích), když to řeknu velmi obecně a ošklivě. Od nás nečekají nic, nám se jdou vyzpovídat a my ty hrany tak jako obrušujeme. Aby nedošlo ke konfliktu, a to se týká i maminek. Takže od primáře, vrchní sestry, staniční sestry, koho zrovna potřebuju, podle toho, jak jde hierarchie, tak s ním problém řeším.

HS13 mluvila o tom, že není jednoduché vytvářet si pozici. Bylo nesnadné získat autoritu, ale i prosadit tu práci - sestry i lékaři pohlíželi na herní terapeutku jako na pomocný personál. Dokonce vzpomněla situaci, kdy lékař v rozhovoru s chlapcem-pacientem označil herní terapeutku za pomocný personál, a to byly ona i kolegyně přítomné; hodnotí to jako ponižující. Časem se postoj lékařů i sester se měnil, příčinu vidí jednak v důležitosti osvěty a jednak v nespolehání se na to, že lékaři vědí, co pozice herní terapeutky obnáší.

Tazatelka: Jak se cítíte v týmu, ohledně spolupráce se sestrami, s kolegyní, s lékaři, i s rodiči?

HS2: Po těch x letech už docela dobře, ale začátek byl těžký, musím říct, že to fakt není lehké. Všichni vás na to připravují, když jsme měly ty kurzy, tak všichni říkali, jak to bude těžké, jak člověk bude sám. Ale dokud si to nezažijete, tak tomu nevěříte. Já jsem měla fakt hezké vztahy na oční klinice a bylo to skoro jako rodina, a tady jak je to velké, těch oddělení několik, tak jsou tu různé konkurenční boje, a než si najdete své místo a než ukážete ostatním, co děláte, tak to trvá x let, než vás vezmou do týmu. A stejně si pořád myslí, že vy si hrajete, kolegyně si povídá a oni zachraňují životy. Ale myslím, že teď už dobře.

Tazatelka: V řádu let - kolik byste řekla?

HS2: Asi opravdu ty tři roky možná klidně.

Tazatelka: Vy jste říkala, že vaše předchůdkyně vám hodně prošlapala cestu, ale jak dlouho jste si vy sama tady budovala pozici, s tím, že všichni vědí, co od vás můžou čekat, co můžete nabídnout?

HS5: Já tady pracuji vlastně osm měsíců a moje předchůdkyně začínala v roce 2000, ale herní práci konala tak rok. Pak spíš, co mi říkaly sestřičky, pak už mezi děti vůbec nechodila, tam už trochu byl problém. Tady sestřičky mi říkaly, že po měsíci... zase se nechci moc chlubit... říkaly, že to je jiná práce než co dělala kolegyně přede mnou. Že jsem pro ně společník do týmu a můžou mi důvěřovat v některých věcech, že zvládnou. Vědí, že s rodiči mluvím a že když je nějaký problém, že jim to předám. Tak měsíc, dva. Přijali mě docela dobře a neměla jsem problémy, že by mě tady nepřijímaly. Holky od začátku oceňovaly, říkaly, že je to supr, že tohle předchůdkyně nikdy nedělala, že si myslí, že herní práce je o tomhle a že si to takhle představují, co herní pracovník na takovém místě má dělat.

Tazatelka: Čím myslíte, že to je, že to šlo takhle rychle, protože ostatní, se kterými jsem mluvila, říkaly, že prošlapat si svou cestu jim trvalo v řádu let.

HS5: Určitě. Já si totiž myslím, že to je tím, že přede mnou tu byla kolegyně a že se sestřičkami spolupracovala, tak tady sestřičky vědí, co by herní pracovník měl dělat a jak se na něho obrátit. Já jsem hrozně ráda, že vrchní sestra je tomu nápomocná, nedělá mi žádné problémy v tom kupovat určité věci, že mi to všechno proplácení, a je příznivec toho, aby to tady fungovalo, i staniční sestra. Takže já nemám problém.

Tazatelka: S kým v práci nejvíce spolupracujete?

HS4: Maximálně s rodiči, s dětmi. A nejvíce se sestřičkami, kterým předávám spoustu informací, které získávám v průběhu odběru rodinné anamnézy a vůbec z pobytu u dítěte, času stráveného u dítěte. A potom s lékaři se o dítěti dost často pobavíme, popovídáme si, jaký z toho máme dojem, co bychom třeba doporučili, co bychom naopak neudělali, co bych třeba nedoporučila já, co by nedoporučil on, upřesňuji si s lékařem, jakým stylem bude vyšetření prováděno, abych dítě needukovala špatně. Potom třeba komunikujeme i s psychologem, dáváme anotaci, že by bylo dobré dítě k psychologovi vzít. S pedagogem, který přijde na oddělení. I při úlohách se dá s dítětem velice dobře komunikovat, na leccos narazit a je to příležitost strávit spolu čas.

Tazatelka: Jaké to bylo, když jste se změnila ze sestry na herní specialistku?

HS6: Možná jsem viděla kontrast, nebo velkou změnu v tom, že se na mě začali jinak dívat ostatní členové našeho týmu. Viz lékaři, ze začátku to byl docela problém. Herní specialista - téma tehdy naprosto neznámé, dneska asi i díky tomu, že jsem nějaké věci odpřednášela a ukázala jsem jim, co dělám, a spousta mě zná nakonec už i fyzicky, že spolu pracujeme, tak se to změnilo. Ale začátek byl docela krutý, k čemu tu bude člověk, který si bude s dětmi hrát, absolutně mylná představa. Bylo to období asi půl roku, půl roku, než přišli na to, že já jim práci nakonec usnadňuji, že s dětmi se líp spolupracuje, že když s dítětem dojdou až na vyšetření, díky tomu, že jsem sestra a můžu tam s ním být a jsem tam, až než ho lékař usadí a zase ho odveze zpátky, což si jako sestra můžu dovolit, a přitom jsem tam víc jako herní specialista. Dneska už chodím opravdu všude, kde to s dětmi jde, a oni už mě respektují. Ale na začátku měli tendence mě i vykazovat z místnosti, musela jsem prorážet loktama. O tom by mohl vyprávět můj manžel, opravdu jsem i brečela. Ze začátku jsem si říkala, to snad nemá cenu, já to snad vzdám, ale nakonec se to obrátilo v dobré. Tohle byl můj největší problém. Holky, jako sestřičky, ty věděly, co dělám, a ony viděly usnadnění práce úplně od začátku. Že už nemusely s děťáčky sedět, vysvětlovat, tomu se na dětském neubráníte, na dospělém holky mávnou rukou, tam si řeknou jsi dospělý, zeptáš se. Ale u děťáček je to jiné, práce je jiná, i holky se snažily si čas najít. Já jsem jim ten čas ušetřila a ony zjistily, že to má efekt. Nehledě na to, že ze začátku, když jsem začala malovat obrázky, tak proč to děláš... Jak jsem mluvila, že jezdíme po obrázcích na sál, tak na stropech to dobře drží a opravdu máme cestu až na sál, na uspávnaru. Ze začátku proč to děláš, zohavuješ chodby. Přitom jsou dětské obrázky, nesmysl. Když viděly, že děti koukají, nebo když tam měly vlastní dítě, tak se to obrátilo. Ale začátek byl docela drsný.

HS4: Tahle profese neexistuje coby povolání, tak kompromis nemocnice, která mě zaměstnala na téhle pozici, pro současnou chvíli je ten, že mě zaměstnali... mám vlastně dvojí náplň práce. Z jejich strany je to poměrně riziková situace, ale pokud mě chtějí mít jako herního pracovníka na plný úvazek, tak nemají v podstatě jinou možnost. Takže mě zaměstnali coby zdravotní sestru, která má jednu náplň jako zdravotní sestra a s tím, že platově a podobně jsem zařazena coby střední zdravotnický personál, a ještě mám druhou náplň práce, a to je ta herní práce a vlastně, i když je to takto napůl legální, tak přesto se nebojí to prezentovat, nebojí se prezentovat rizikovost té situace a snaží se spolu s námi tuhle situaci nějak změnit. Snaží se vstoupit do toho, abychom byli vyčleněni coby nelékařské zdravotnické povolání. Možná ani ne zdravotnické, možná to do budoucna dopadne, že bychom byli jako jiní zaměstnanci ve zdravotnictví.

## Nároční klienti

I pro zkušeného profesionála jsou někteří klienti náročnější, obtížnější na zvládnutí než jiní. Proto jsem tuto otázku zařadila do rozhovorů. Tak jak je pro herní specialistiky široké spektrum pacientů, s nimiž pracují, tak jsou rozmanité i odpovědi. Otázka byla formulována obecně, protože pro každou dotázanou může náročnost spočívat v jiném kritériu. Některé odpovídaly spíše z hlediska věku, jiné diagnózy, další podle toho, jak pacienti a jejich rodiny komunikují či se adaptují na pobyt v nemocnici.

Čtyři dotázané vnímají jako náročné klienty z hlediska věku, vytyčují období, v němž je pro ně nesnadné se dětem a dospívajícím přiblížit a komunikovat s nimi. Z hlediska diagnóz označuje za náročné klienty šest respondentek. Pro čtyři je těžké setkávat se s důsledky stylu výchovy v rodině a chování dětského pacienta. Špatná resp. nefunkční adaptace na pobyt v nemocnici je komplikující pro dvě herní specialistiky.

Zajímavé je srovnat odpovědi tří dotázaných. Z odpovědi jedné vyplývá, že v podstatě není náročných klientů, protože všechno lze zvládnout rozhovorem - vykomunikovat, co dítě chce a co ne, respektovat to a vytvářet kolem dítěte prostředí, v němž jeho přání budou respektovat i ostatní. Druhá stručně říká, že cestu si člověk najde ke všem, i když to může být obtížnější. Třetí svou odpověď dává najevo, že naopak o žádném pacientovi nelze říct, že je snadný, protože ke každému musí hledat cestu individuálně, coby ke konkrétnímu člověku, že neexistují obecně uplatnitelná schémata. Tyto odlišné postoje ukazují, jak je zvládnutí náročného pacienta individuální, závislé na dovednostech, zkušenostech a osobnostní výbavě každé herní specialistiky.

HS8: (...) jsem se třeba poprvé setkala s projevem ústavních dětí, s tím že hájí svoje rodiče, ať jsou jakýkoliv, za každou cenu, což jsem neznala, naštěstí jsem to nijak nekomentovala. (...) Pak samozřejmě jsou tam děti, které nemají dobrou prognózu, s tím se ve zdravotnictví taky setkávám, ale u dětí je to mnohem horší. Ještě pro mě bylo těžké, děti, které jsou mentálně naprosto zdravé, naopak nadprůměrně inteligentní, vnímavé, ale třeba naprosto nepohyblivé s velmi špatnou prognózou. Když jsou děti menší, tak to moc nevnímají, a jak dospívají, tak už si to začínají uvědomovat... to jsem taky cítila, že jsem bála, jak daleko můžu zajít.

HS13: Nejtěžší klienti pro ni byli ti nekomunikující, stažení do sebe, a to se týká dětí i rodičů, vč. dětí bez komunikačního systému (coby následek epilepsie, mentální retardace), raději je nechala být, než by dělala něco špatně. Z věkového hlediska pro ni byli obtížní adolescenti, ale na ně byla výborná kolegyně herní terapeutka.

HS2: Mně vyhovuje, že máte od miminek až po šestadvacetileté lidi. Mně se líbí ta pestrost, že nemáte třeba samé předškolní děti nebo samá batolata, to by mě možná trochu nudilo. Fakt se mi líbí, jak je to hrozně pestré. Co mi nejvíc vyhovuje, tak třeba náctiletí, s nimi můžete mluvit jako s dospělými. Která skupina je nejvíc problémová? To mě opravdu nenapadá. Tak možná... Opravdu nevím. Ke každému si najdete cestu, někdo je vám bližší, rozumíte si s ním líp, ale ke každému si najdete cestu. K některým to samozřejmě trvá déle. Co je asi horší práce, tak nejsme připraveny dělat s postiženými dětmi, tak někdy je komplikovanější pracovat s nimi. Zase přes rodiče, kteří mají zkušenosti, se s nimi dá pracovat.

HS9: Já myslím, že se tady nedá moc generalizovat, že opravdu všechno je individuální. Někdy je problém navázat vztah s teenagery. Někdy je obtížné pracovat s dětmi s některým typem postižení, ale jsme speciální pedagogové a musíme si s tím poradit. Musíme umět pracovat s postiženými. Samozřejmě když je na oddělení agresivní dítě, práce je horší. Instabilní, nedokáže ležet na postýlce, ta práce je horší, ale... Ale nechci říct, že to dítě je nějaké špatné. Člověk musí vždycky najít cestu, aby si k němu ten přístup našel. Musí vyzkoušet třeba čtyři varianty. Tak tam bych neviděla problém. V poslední době se člověk naučil pracovat s rodiči. (...) A z hlediska diagnózy (...) jsme spojeni s ortopedii, tam jsou hodně děti s dětskou mozkovou obrnou, takže různé stupně postižení, od malého postižení až po opravdu velké, takže ta práce je složitá. Tyto děti jsou ale většinou hospitalizovány s rodiči, takže tam je obrovská pomoc rodičů, jak jsou zvyklí putovat od malíčka po nemocnicích, tak jsou velmi dobře začlenění a umí spolupracovat.

HS7: Musím říct, že to je hrozně individuální. Je to i výchovou před onemocněním. Stává se, že rodiče je přestanou vychovávat v domnění, že až budou zdravé, tak se bude vychovávat dál, vynechají výchovu v nemocnici. Děti pak začnou být vulgární, drzé, ale neskutečně. Jenže to neřeším já. Takže největší problém, když se dozvědí o onemocnění. Takový ten v uvozovkách, jestli můžu použít to slovo, nejbližší věk, co může být, je tak devět let až třináct. Jsou takoví hodně citliví. To je asi nejnáročnější v přístupu. Nebo když sem přijdou starší, tak devatenáct, to jsou dospělí, že jo, tak s nimi musíte jako s dospělými zacházet. A občas takové ty srandičky... nemají chuť, nemají chuť. Prostě upoutají se k nemoci a nemají chuť se nechat myšlenkově odvést. Je to pro mě mnohem těžší než odvést pozornost pětiletého dítěte. A největší potíž mám s rodiči, když mají jedináčka. Dítě by chtělo se mnou spolupracovat a maminka řekne, teď budeš ležet, teď jsi nemocný. Když to řekne maminka, tak maminka má pravdu.

HS1: Čím víc jsou lidi od revoluce jako posunuti k větší informovanosti a k právům a představám o tom, jak by to mělo být, tak tím víc se ocitám v roli obhajitele tady toho celého. Dřív se lidi hodně báli, byli nepoučení, bylo hodně práce s úzkostí, se strachem, dneska se to už dostává do druhého extrému, že lidi mají práva a bez ohledu na ostatní a na nás... Takže dneska často lidem vysvětluji, že jsme na jedné lodi, že to je průser, ale my za to nemůžeme, a že společně musíme vytvořit podmínky, aby všechny děti a všichni rodiče měli aspoň základní podmínky, aby to tu přečkali. (...) Práva jsou skvělá, ale člověk musí to vnímat trochu zodpovědně, a i za nimi jít tam, kam je potřeba jít. A ne sprdnout prvního chudáka, na kterého narazíte, který s tím nic neudělá, na něm si to schladit, anebo agresivně se snažit, to je taky moderní. Agresivně se snažit utlouct ty ostatní tím, že kdo je hrubý a agresivní, tomu se ustoupí. A ti slušní chudáci, kteří jsou tolerantní a slušní, ti nakonec ostrouhají, protože arogantnější je převálcují.

## **Zpětná vazba o své práci**

V současné době nejsou formulovány požadavky na práci herní specialistiky (ale v rámci plánů na přeměnu Společnosti pro herní práci s dětmi v nemocnici na profesní organizaci se s jejich sestavením počítá). Literatura sice uvádí metodická doporučení, jak s dětmi v nemocnici pracovat, ale v praxi je nutný individuální přístup. Herní specialista je součástí pracovní skupiny na oddělení. Většina herních specialistek nepracuje pod supervizí. O to spíše je na místě získávat o své práci zpětnou vazbu. Proto se jedna z otázek polostrukturovaného rozhovoru se ptala na zdroje zpětné vazby o provádění své práce, o svém působení na pracovišti, o kontaktu s dětmi a jejich rodinami. Odpovědi dávaly respondentky spíše strohé, výčtem, bez uvedení podrobností. Na tohle téma mluvily obšírněji v rámci dotazování na pracovní spokojenost.

Všechny dotázané herní specialistky uvedly, obvykle na prvním místě, že informace o tom, jak jejich práci vnímá okolí, získávají od dětí a jejich rodičů. Pět respondentek zmiňovalo sestry a lékaře nejen na svém, ale i jiných odděleních. Jedna mluvila o potvrzení svého pocitu, že dělá svou práci dobře, zpětně, a to prostřednictvím vzdělávání a supervize. Jedna herní specialista si všímá vlivu své vlastní zkušenosti coby matky nemocného dítěte, využívá tedy jiného úhlu pohledu. Dvakrát se objevila jako zdroj zpětné vazby i škola a učitelky, když spolupracují s nemocniční školou nebo přicházejí do nemocnice na preventivní resp. osvětový program. Dvě zmínily zpětnou vazbu od ostatních herních specialistek, když absolvují stáž na pracovišti své kolegyně. Jedna letmo, bez podrobností uvedla dotazníky.

HS1: Nikdo neví, co má vlastně herní práce obnášet, informace jsou velmi zkreslené a velmi nepochopené. Takže herní na svém oddělení narazí na to, že se po nich něco chce, ale nikdo neví co, ony vlastně také ne. A pak se třeba dostanou sem ke mně na stáž, tak si to nějakým způsobem vyjasníme, ale pak je na nich, aby přesvědčily své kolegy o tom, že ta profese je vlastně něco jiného, než si oni myslí. Je na každém člověku, aby do toho vnesl co nejvíc dobrého, aby se profese budovala odspoda. Ale je to hrozně nebezpečné v tom, lidi nemají potřebu scházet se Společností pro herní práci, shánět informace, tak se to strašně degraduje a strašně se to rozplyzne to těch edukačních postupech až do toho manipulování.

HS3: Dneska při lumbální punkci tam byl kluk, já jsem nečekala, že mi řekne, že mě tam chce, tak jsem tam byla a povídala si s ním a on byl takovej fakt v klidu a v pohodě a spolupracoval. Bylo to snad neklidnější dítě, co jsme tu měli, co si pamatuju. A jen tak mimoděk jsem ho vzala za ruku, ani nevím, proč jsem ho vzala za ruku, normálně беру za ruku děti, které pláčou a tak, a on mě začal mačkat tu ruku, tak si říkám sakra, ty se bojiš, ale on vypadal tak v klidu, že jsem to nevěděla, že jsem to nepoznala. A to mě uspokojuje, že můžu pomoci i těm dětem, které to nedají najevo, on mi málem rozdrtil ruku, on byl úplně studený, a pak jsem ho vezla na pokoj, proto jsem sem na rozhovor přišla pozdě, protože chtěl, abych ho tam vezla já. Říkala jsem mu, co může a co nesmí, a on se smál a bylo to strašně fajn. I když to jsou velké kluci, tak vás potřebují, prostě vás někdo potřebuje.

HS8: Jednak od dětí samotných, z reakcí, z toho že člověk vidí, jestli je to baví nebo ne. Potom i od ostatních vychovatelů, kterých jsem se zeptala nebo kteří mi řekli, které děti tam chodí rády, s nadšením nebo ne, bavili jsme se o konkrétních dětech, že jsem potřebovala poradit, které reakce jsou standartní, nebo jestli je to jenom na kroužku. Byly spontánní odezvy vedoucích, když... oni moc nevěděli, co s dětmi dělám, moc netušili co... s jednou skupinou jsme hráli divadlo, tak se jim to hrozně líbilo, pak jsme se o tom víc bavili.

HS6: Holky, jako sestřičky, ty věděly, co dělám, a ony viděly usnadnění práce úplně od začátku. Že už nemusely s dětičkami sedět, vysvětlovat, tomu se na dětském neubráníte, na dospělém holky mávnou rukou, tam si řeknou jsi dospělý, zeptáš se. Ale u dětiček je to jiné, práce je jiná, i holky se snažily si čas najít. Já jsem jim ten čas ušetřila a ony zjistily, že to má efekt.

HS9: Děti se vrací, takže tam je zpětná vazba. Spolupráce se školou. Nebo když se dítě vrátí zpátky s rodičem, někdy rodič reaguje na naši práci tím, že jde třeba na kontrolu do nemocnice a přinese ostatním nemocným dětem hračky, které jeho dítě už nepotřebuje. To je zpětná vazba, protože je vidět, že dítě bylo spokojeno. Jinak moc ne.

HS6: Děti samy, dost často se k nám vrací. Hodně rodiče, hodně, to je to, co jsem říkala, naše město je malé, takže určitě rodiče. Zpětnou vazbu získávám i z těchto školiček, když sem chodí, tak mi řeknou, že tu byli, že to znají. A pak i od pedagogů, protože jednak dcera ještě nedávno byla na základní škole, takže tam jsem měla zpětnou vazbu, kdy mi řekli, byli jsme u vás, bylo to bezvadné, holka se nebála, předtím tu třeba byli se školkou. To spektrum je široké.

HS6: Ono je to (pozn. návštěvy školních tříd v nemocnici s výkladem a herní specialistky a seznámením s dětskými odděleními) už s prominutím tak profláklé, že mají pořídníky přes školský úřad, tehdy se to tak prezentovalo, a dneska se sami objednávají a sami iniciují návštěvu tady. A bijí se základní školy s mateřskými, protože se to nedá zvládnout víc jak jednou týdně, to nejde.

HS6: Ale musím říct, že moje vlastní zkušenost je, že dokud jsem neměla svoje vlastní dítě, tak jsem na tu situaci koukala taky jinak. Dneska si to můžu přiznat. Když se mi dcera narodila a začaly jsme absolvovat a běhat, protože já ji měla hodně nemocnou, tak na to člověk kouká i z pozice matky. (...) Tenkrát (pozn. viděla matku převlečenou do oblečení na operační sál) mě na to přivedla moje dcera, kdy mi říkala, ježíšmarjá, maminko, já jsem tě vůbec nepoznala. Bylo to ono, co člověku nedochází - pořád jsem to já, jenom jinak vypadám. Opravdu jako strašidlo.

HS1: Já jsem nakonec přišla na to, ať to bylo s herní prací nebo s rodiči, že člověk spoustu věcí intuitivně dělá dobře. Mě v začátku strašně znervózňovalo, nejsem šilenec, který by neměl zpětnou vazbu, trochu to mám v hlavě srovnané, já jsem se strašně bála, že lidi poškodím, ať už to byly přípravy nebo rodiče. Protože jsem věděla, že jsem laik, a nemůžu si hrát bůhví na co. Ale teď jsem v té situaci byla, něco se stalo, třeba dítě zemřelo, a já jsem se v tom musela orientovat. Tak jsem se držela spíš zpátky, spíš jsem se snažila to citem nějak řešit. Pak mi pomohla ta první Anglie, s dětmi, s přípravami, že jsem si tam zpětně uvědomila, že jsem to dělala dobře. To jsem hrozně potřebovala. Už



jsem toho chtěla nechat, protože jsem se v tom potápěla, vůbec jsem nevěděla, říkala jsem si, na co si tady hraješ. Tam jsem se ujistila, že jo, že takhle to má být, že jsem to cítila dobře. A to mi hrozně pomohlo.

## Ošetrovatelská péče o pacienty

Profese herní specialistka v podstatě oficiálně neexistuje, protože není zakotvena v právních předpisech. Přesto v nemocnicích působí. V případě, že herní práci vykonává absolventka střední zdravotnické školy nebo oboru ošetrovatelství na vyšší odborné škole, mívá v pracovní smlouvě uvedenou pozici zdravotní sestra. Pak se může stát, že její nadřízená vrchní sestra ji zaúkoluje prací zdravotní sestry u lůžka. V rozhovoru jsem se respondentek ptala, co si o této praxi myslí, zda sesterskou práci vykonávají či ne, jaké jsou jejich zkušenosti.

Čtyři respondentky nesouhlasí s tím, aby střídavě působily v roli herní specialistky a zdravotní sestry a ani u lůžka neslouží. Jejich argumenty vycházejí z postavení a role herní specialistky - chtějí pro děti zůstat jakýmsi ostrůvkem jistoty, že ony jim nepůsobí bolest. Jedna respondentka s těmito argumenty souhlasí, ale v praxi u lůžka na výzvu nadřízené slouží, přestože prezentuje svůj postoj, že s tím nesouhlasí. Vrchní sestra ji povolává k lůžku jen v případech nedostatku zdravotních sester. Jedna herní specialistka říká, že práci zdravotní sestry vykovává z vlastní iniciativy, z to z několika důvodů - chce zůstat k v kontaktu i s touto profesí, chce za odsloužené směny čerpat náhradní volno a konečně chce vypomocť kolegyním sestrám. Dvě dotázané nevykonávají zdravotní úkony, ale sebeobslužné činnosti ano.

Sesterská práce se týká pouze herních specialistek se zdravotnickým vzděláním, tedy osmi respondentek, zbylých pět působí jako učitelky a vychovatelka, a proto se jich uvedená problematika nedotýká.

HS4: Máme to nacvičené tak, že já jsem ostrůvek jistoty, ke kterému se dítě vrací, neasistuju u ničeho, co bolí. Někdy to funguje takhle. Jindy naopak dítě lépe zvládá, když se drží za ruku, tak se vezme, aby se drželo za ruku. U nás se neděsíme toho, když dítě u náběru brečí, naopak ho v tom podporujeme, my třeba řekneme - víš co, my víme, že to teď trochu d'obne, že to vůbec není příjemné, tak si klidně zakřič nebo si i zabřeč, můžeš mít slzičku, jediné co potřebujeme, aby ses s námi nepral, tak to zkus, uvidíš, že když to zvládneš...

Tazatelka: Stává se, když máte vzdělání zdravotní sestry, že vás odvolávají, abyste pracovala jako zdravotní sestra?

HS7: Ne, vůbec. Já mám i pocit, že oni neví..., sestřičky třeba vůbec netuší, že jsem zdravotní sestřička, doktoři to asi taky neví. Jenom vedení, které mě přijímalo, ví to psycholog, že jsem zdravotní sestřička. A na jednu stranu je to pro mě řekla bych i pozitivní, protože vidím po zdravotní stránce, myslím že mi to dalo mnohem víc, než kdybych měla pedagogické středoškolské vzdělání, bylo by to trochu o něčem jiném. Ví, co si můžu dovolit, poradím si třeba s infuzí, prostě poradím si s takovými věcmi. Ale že by mě odvolávali, to ne. (...)

Tazatelka: Kdyby vás potřebovali jako sestru, vyšla byste jim vstříc, nebo by to pro vás byl nepřijatelný krok?

HS7: Za nepřijatelný krok bych to nepovažovala, protože (...) sestřičkou budu vždycky, ta práce je úžasná, naplňuje mě. A dokážu si představit, že i kdybych měla být MUDr., že budu sestřičku dělat, ta práce je fakt moc hezká. Ale nedělala bych ji u nás na oddělení. Jinak kdekoliv, kdyby potřebovali, v rámci třeba..., tak jo. Ale u nás na oddělení ne.

Tazatelka: Takže máte hranici a nekombinovala byste to.

HS7: Ne to bych popletla dětem... Já jsem pro děti... znamenám... i ta co nedělá bolest. Já chodím v civilu (...), nejsem bílá. Děti se bojí bílé barvy, protože bílá nebo světle modrá jim dělá bolest, píchá je. Takže já to bourám... (...). Chodím v civilu, a kdybych měla jít k nim a dělat jim bolest, tak bych narušovala to, co si celou dobu budují. Takže jsem tady pro ně ta, co nebolí.

HS1: Byli jsme zásadně proti tomu, aby herní specialistkou byla třeba sestra. Proto to uvízlo, když jsme v 99 lobovali na ministerstvu zdravotnictví, chystal se zákon o zdravotnických povoláních, tak jsme se tam za Společnost (myšleno SHP) snažili prosadit herního specialistu jako profesi, ale oni jedině, co nám nabídli, že by to byla sestra s dalším, bakalářským vzděláním, a to jsme nechtěli. Právě proto, že si myslíme, a v Anglii to bylo taky tak, začaly sestry, pak se to překlono do pedagogiky a pak se kyvadlo vychýlilo přesně doprostředka mezioborovosti, aby se zaručila jednak nedirektivnost a na druhou stranu celkový pohled na rodinu v nemocnici, nebo tedy v té nemoci. Ale aby se i ten člověk uchránil toho, že by byl zneužitelný. Protože když jsem sestra... Já tady mám vlastně nejvyšší vzdělání ze všech, tak by se klidně mohlo říct, hele nejsou peníze, nejsou lidi, od zítřka jdeš dělat k lůžku. Aby bylo zaručeno to, že v rámci týmu má jasnou svoji parketu ať se děje cokoliv a nedají se zmanipulovat k tomu, aby dělaly pomocný personál nebo něco jiného. Vede lidi, kteří se dostanou na pracoviště zvenku a jsou pedagogicky vzdělání nebo nějak vzdělání, tak se ocitnou v roli pomocného personálu, nakrmí dítě, dojde pro rentgeny a tak dále

HS5: No ono se to bohužel někdy stane i takhle v normálním provozu, když je nedostatek sester. Stane se, že musím sloužit. Pro mě odpadá práce herního pracovníka a sloužím.

Tazatelka: Jak často se to stává?

HS5: Teď minulý týden jsem sloužila dvě služby po půl roce, po třicetivrtě. Je to výjimečné... Dávám najevo, že to nechci, jenom ve výjimečných případech, kdy by musel sloužit někdo úplně cizí, tak v tu chvíli za mnou přijdou. Oni vědí, že... jako já ráda sloužím, ale... nechci to dělat... Protože myslím, že herní práce... Že jsem tady přes ten den důležitá, si myslím... A nějak toho nevyužívají. Ale stane se to. (...) No, dovolené. Teď byly jarní prázdniny a sestřičky byly nemocné. Výjimka, ale jednou za půl roku.

Tazatelka: Takováhle frekvence je pro vás akceptovatelná?

HS5: Je.

HS13 mluvila o tom, že měla pocit, že někdy byla zneužívána k sebeobslužným činnostem, nedělala zdravotnické úkoly (např. odběry aj.).

Tazatelka: Věnujete se herní práci, ale říkáte jste, že občas děláte i práci sestry?

HS6: Dělam v tom případě, že mám všechno hotové, s dětičkama jsem promluvila, máme za sebou všechna vyšetření, tak když je potřeba, tak jdu a holkám pomůžu.

Tazatelka: Takže z vlastní vůle jdete do toho.

HS6: Ano, nemám to stanovené.

Tazatelka: Stává se vám, že by sestra řekla, jsou prázdniny, dovolené nebo chřipka, máme málo sester, pojď dělat práci sestry?

HS6: Nestane se mi to v běžném pracovním režimu, jsem ranař, nicméně tím, že z tohoto oddělení pocházím, tak z vlastní iniciativy chodím sloužit. A naprosto prakticky i proto, že jsem ranař, a potřebuju občas volno, tak si takhle nadělám. A navíc mě to docela baví, zůstat v kontaktu i se sesterskou prací je pro mě docela cenné, protože pořád se něco mění, něco se dělá jinak a já potřebuji vědět. Takže jsou v tom obě výhody, ať to nebo to.

Tazatelka: Jak často takhle chodíte sloužit?

HS6: Jednou za měsíc?

## Další vzdělávání při zaměstnání

Všechny herní specialistky se v průběhu své praxe dále vzdělávají, všechny zmiňovaly svou potřebu jít dále, doplňovat si vzdělání v oblastech, kde se zatím příliš neorientují, a rozvíjet si mezioborový přístup k herní práci. Je tedy zajímavé zjistit, jakou formou se vzdělávají, v jaké oblasti a jaké k tomu mají podmínky od zaměstnavatele resp. nadřízené.

Akademické vzdělání na střední, vyšší odborné či vysoké škole při zaměstnání získalo resp. získává sedm herních specialistek. Všechny se vzdělávají formou dalších kurzů, vč. kurzů herní práce akreditovaných v rámci celoživotního vzdělávání.

Zaměstnavatelé tento rozvoj vesměs podporují, minimálně umožňují respondentkám čerpat dovolenou, to je případ tří z nich. Devět respondentek zmínilo, že se vzdělávacích

kurzů účastní v pracovní době a dvě z nich zdůraznily, že některé kurzy jim zaměstnavatel proplácí. Jedna ke své práci herní specialistiky slouží ve směnném provozu a k účasti na vzdělávacích programech čerpá náhradní volno. Podobně si dřív nadělávala ještě jedna respondentka, dnes jí to nadřizená již neumožňuje. Jedna dotázaná mluvila o tom, že v současné době už ji zaměstnavatel neuvolňuje tak ochotně jako dřív.

V současné době se musí všechny zdravotní sestry vzdělávat a získávat body do kreditního systému. Ty herní specialistiky, které jsou sestrami, se tedy vzdělávají v sesterských kurzech, kam je zaměstnavatel samozřejmě uvolňuje. Čtyři respondentky se podílejí na vzdělávání svých kolegyně (zdravotních sester) právě v oblasti herní práce.

HS8: Přiznám se, že jsem to tehdy dělala hodně intuitivně, že to bylo v době, kdy jsem ještě neměla dokončený ani ten kurz. (...) Spíš jsem cítila, že mi chybí speciální pedagogika, že i když jsem zdravotník, tak chápala jsem podstatu těch vad dětí, ale určitý specifický přístup k nim mi chyběl nebo jsem moc nevěděla, proč která pomůcka pro ně je. Třeba v rámci víkendových služeb jsem dělala s dětmi úkoly a nechápala jsem, proč se to učí zrovna tímhle způsobem. V tomhle jsem cítila, že mám mezery a že bych to potřebovala doplnit, tak jsem se pak rozhodla pro to studium. A v té době mě to hodně zajímalo, jezdila jsem i na další kurzy, takže těch podnětů jsem měla docela dost.

HS2: (...) vrchní je vstřícná, že nás pouští skoro všude, kam my chceme, a občas není i problém něco zaplatit. Asi by mi nedoplatili ten výcvik, který bych chtěla, ale nějaké menší věci mi zaplatí, což je taky docela dobré. Nesmí to být často, ale jednou za čas to jde. Vlastně i to studium v Plzni platila nemocnice, to bylo 10 tisíc, což asi není málo. Tak myslím, že to je docela dobré.

Tazatelka: Jaké máte vzdělávací podmínky, uvolňují vás na semináře, kurzy aj. bez problémů?

HS10: Nás?! Já uvolňuji děvčata.

Tazatelka: Takže fungujete samostatně, nemusíte to...

HS10: Ne, my jsme právní subjekt a já naopak je k tomu nutím, protože ony... Tady je pořád dost šrumece, a tak ony spíš jdou na oddělení a hrajou si. Já je spíš musím nutit, aby někam šly. Takže vždycky dostanou přehled vzdělávacích programů a říkám Musíte si aspoň dva programy za pololetí vybrat, mně je jedno kam půjdete, vyberte si. Takže tohle to ne, naopak. Člověk zakrní a tady zvlášť. Tady zvlášť. Protože jedete v takovém tunelu a pak potřebujete vědět nové formy práce, které tady my nevymyslíme, ty jsou na jiných školách.

HS4: No, v současné době už k tomu není tak dobrá vůle. Oni si velice zvykli, že mě na oddělení mají, a pokud jim mám vypadnout, tak jsou velice neradi a velice těžko mě pouští. Takže v současné době čas od času mě uvolní, na některé vzdělávací akce si musím brát už v současné době dovolenou, třeba ty semináře.

HS13 říká, že na jednorázové vzdělávací akce a akce pro profesi herní specialistiky ji i její kolegyně nadřizená uvolňovala bez problémů, ale dlouhodobé vzdělávání by asi problém byl, všechny kurzy si financovaly samy.

## **Pracovní spokojenost**

Pocit spokojenosti bývá sycen několika zdroji. Respondentky uváděly 2-6 skutečností, které jim přinášejí spokojenost, různě konkrétních - od obecného vyjádření, že odbourávají negativa hospitalizace, až po takové jednotlivosti jako úsměv dítěte, objetí, jsou rády v herně aj. Nejčastěji se objevily úsměv dítěte, spokojenost dítěte i rodičů a kontakt s lidmi.

Pro zpřehlednění jsem vytvořila několik kategorií. První okruh se vztahuje k samotné práci: Práce jako zdroj seberozvoje, zde respondentky mluvily o tom, že se posouvají dopředu, vzdělávají. Povaha práce zahrnuje její smysluplnost, rozmanitost, kreativnost. Dobré

vykonávání práce herní specialistkou vyjadřuje, že respondentka se cítí užitečná, potřebná, daří se jí prosazovat změny na pracovišti, získává pozitivní zpětnou vazbu o své práci. A konečně, že práce navozuje pozitivní emoce znamená, že dotázanou práce baví, těší ji, přináší jí uvolnění, cítí se být součástí týmu. Druhý okruh kategorií souvisí s pacienty a vztahem k nim: Respondentky těší kontakt s lidmi, vč. poznávání lidí, povídání s nimi, umí lidi zaujmout a něco jim předat. O dobře navázaném vztahu svědčí, že se dítě směje, vítá herní specialistku při jejím příchodu na oddělení, při náhodném setkání mimo nemocnici se k ní hlásí. Respondentky si cení dobré adaptace dítěte na pobyt v nemocnici, což dokládají slovy, že je dítě v pohodě, líbí se mu v nemocnici, nechce se mu domů, rádo a se zaujetím si hraje, nemá strach. Také respondentky pozorovaly spokojenost dětí i rodičů.

O pracovní spokojenosti respondentek svědčí také jejich odpovědi o zpětné vazbě o jejich práci, resp. v těch případech, kdy dotázané uváděly konkrétní kladné reakce (některé pouze konstatovaly zdroje, z nichž získávají zpětnou vazbu). A také jejich odpovědi na otázku, zda se cítí nebo necítí ohroženy syndromem vyhoření. Odpovědi na tyto otázky se často prolínají.

HS2: Určitě odezva od dětí a lidí, vidíte, že nějaký smysl to má. Nechci říct, že by nic nedělali nebo to bylo takové prázdné bez nás, ale co říkají lidé, když sem přijdou zvenku, tak na tom oddělení, já to tedy nepoznám a nevidím, ale že je znát trochu jiná atmosféra toho oddělení a že jakoby je cítit z toho něco jiného. Ale určitě ta odezva od dětí a lidí, že vidím, že je to baví, nebo že dávám nějaké informace o výkonu, že vědí, co je bude čekat. Tak asi to, myslím.

HS3: (...) protože jsem tam viděla uplatnění, začalo mě to bavit, člověk se stýká s lidmi a já jsem asi ten typ člověka, který potřebuje vidět, že je potřebný. Když jsme chodili na praxe, to jsme chodili od prvního ročníku pořád, tak je strašně příjemné, když se na vás dítě usměje nebo ten který člověk vám poděkuje. Já nepotřebuju, vím, že žádná vděčnost nebude, žádné projevy vděčnosti ze strany nadřízených nebudou, protože ti vás berou samozřejmě, ale když vidíte, že se dítě najednou směje, že mu můžete udělat radost, tak to je úžasné. A když je dítě z ústavu nebo z domova, najednou vás chytí za ruku a řekne, já tě mám rád, tak je to takové... (pozn. něžný tón), nemůžu si vzít všechny děti domů, samozřejmě že je mi to líto, protože jsem na začátku, tak se ještě musím dost oprošťovat od toho, aby mi jich bylo líto nebo abych si to tolik brala, protože tohle je pro mě dost psychicky náročné, tohle povolání. Ale přesto, člověk si říká a přece to za to stojí. I kdybych měla pomoci jednomu dítěti, tak je to ... jako že někdo vás potřebuje.

HS4: To, že alespoň doufám tím přístupem, který se tam snažíme mít, odbouráme v dětech všechna ta negativa, která to dřív s sebou neslo. Ta separace od rodičů, spousta dětí, a to neříkám, že bych to chtěla nadsazovat nebo podobně, se k nám vrací, chronici, tak k nám jdou rádi. Mnohdy odcházejí a říkají, to bylo jako ve školce, naučili jsme se spoustu nového, a to že paní doktorka, jejíž dcera u nás leží na sonu, mi řekne, malá už na vás zase vzpomínala, už se ptala, co jste dělali. Prostě navazujeme kontakt dál, chodí k nám hrát divadélka, koncertíky, zajímáme se o ně dál, máme spoustu chronických pacientů, kteří se u nás vyloženě po těžkém stavu postavili na nohy a vrací se na nás podívat zpátky. Tohle je to, co u toho... přes všechny počáteční a nepříjemné věci, které tam byly, přes ty boje, které tam mnohdy byly, tak tohle bylo to, že zpětná vazba tam prostě je, od dětí, výsledky tam jsou výborně viditelné.

HS5: Co mě těší? Že děti jsou veselé, že nevnímají nemocnici jako něco špatného, že se některé děti vrací a těší se sem, že si zakreslíme, že děláme něco nového, na hračky. A samozřejmě zpětná vazba od rodičů. Že řeknou, že to bylo super, od mnoha rodičů jsem slyšela, že se s touhle pozicí nesetkali, ptají se mě, co že nejsem v modrém, že jsem sestra, ale jsem tady v civilu, jaké tu mám poslání, někdo mi říká paní učitelko a takhle. Takže radost i z toho, že rodiče to vnímají. A hlavně děti jsou tady spokojené.

Tazatelka: Co vám ta práce přináší lidsky, čím vás obohacuje a čím odborně, profesně?

HS5: Odborně, tou komunikací, seznámení se s určitými typy osobností, řešení situací, i konfliktních, protože ty operační zákroky... jsou tady i úrazy, takže řešit takové ty náhlé příhody, i s rodiči. Jsou ve stresu, takže se řeší takovéhle situace. A osobní... (pozn. přemýšlení) Je to jiná práce než sestry. Mě vždycky spíš bavilo si s dětmi povídat, hrát si s nimi, i s rodiči, takže v tom cítím uspokojení, že si s nimi můžu pohrát, povídat o všem možném, že hlavně na ně mám čas, že mě nikdo nehoní, že mám udělat támhleto, je čas na to s dětmi pobýt a popovídat si.

HS8: Po lidské stránce to bylo... možná to budu michtat... byla to tvůrčí práce, to mě na tom hodně bavilo. Byl to kontakt s dětmi, ve většině případů mě to nabíjelo. Někdy naopak jsem se cítila vysátá, to záleželo na konstelaci. A určitě mě to profesně obohacovalo i z hlediska

zdravotnictví, že jsem se dozvěděla i z jiné stránky, jiný druh péče i jiný druh postižení dětí. I hraní si s dětmi, sice jsem byla v pozici odborníka nebo vedoucího, ale občas přece jenom při té hře jsem se uvolnila sama, s nimi. A nejvíc že to byla tvůrčí práce.

HS9: Usměvavé děti, za odměnu. Takový ten dobrý pocit, když přijdete na oddělení a za tím sklem na vás děti mávají. To je asi ono.

HS11: Nevím, jestli byste měla tohle natáčet, ale my máme tu kliku, že ta ředitelka... Málo jich je takových! Až jsem říkala Už toho prosím Tě nech! Veškeré co se týká rodiny a zázemí a všechno, ona vám pomůže, i kdyby měla o půlnoci jít. Kdykoliv přijdete, je obětavá. Nechci ji chválit, ale je to tak.

HS12: Je. (...) Takže my chodíme do práce rády. My se do práce opravdu těšíme. I když by tu bylo hodně těžkých případů nebo něco, tak tohle nám to pomáhá zvládat.

HS11: My jsme ze začátku i hodně utužily tu partu. Když začal herní specialista, tak jsme dělaly hodně výjezdů, jezdily jsme do škol s Petruškou, protože to chtěli dělat taky, nebo přijeli sem. Takže kontakty. A náš kolektiv když vyjel ven, to bylo vždycky něco nádherného!

HS13 čerpala pracovní uspokojení z kontaktu s lidmi, z dobrého pocitu z užitečnosti, z potřebnosti, z dobře odvedené práce, z toho, že klient je v pohodě.

## **Pracovní nespokojenost**

Ve srovnání s pocitem spokojenosti nacházely respondenty zdrojů své pracovní nespokojenosti více: dvě neuvedly nic, ostatní mezi 1-8 skutečnostmi, nejvíce stížností se vztahuje k fungování pracovního týmu na oddělení. Příčiny pracovní nespokojenosti popisují konkrétněji než příčiny pracovní spokojenosti.

Pro zřehlednění jsem uváděné příčiny shrnula do sedmi kategorií: První je zkreslené vnímání herní práce jinými zdravotníky a koncepční záležitosti, respondenty mluvily o nezájmu o vzdělávání, o přílišné edukativnosti a manipulaci s dětským pacientem, o nízké prestiži profese, o tom že chybí diskuze o metodice a supervize. Druhý okruh problémů se vztahuje k finančnímu ohodnocení herních specialistek, které jednak hodnotí jako nízké samo o sobě a navíc nedoceňuje terciární vzdělání mnoha herních specialistek. Nejvíc příčin své nespokojenosti nachází respondenty ve fungování pracovního týmu na jejich oddělení - vnímají malou podporu nadřízené vrchní sestry, vážné komunikace s lékaři/kami a sestrami, nerespektují herní specialistku jako odborného pracovníka a kolegu, v týmu nefunguje spolupráce, tým je malý, a proto jsou pracovníci přetížení, někteří zdravotníci mívají neprofesionální přístup k dětem, příp. je nerespektují. Problémy působí vztah s dětmi a péče o ně, protože některé dotázané hovořily o přetíženosti stálým kontaktem s dětmi, o tom jak hledají hranice v kontaktu s nimi, o nutnosti vyrovnávat se s těžkým zdravotním stavem pacientů a také o nerespektování pravidel dětmi a rodiči při hospitalizaci v nemocnici. Na některých odděleních chybí zázemí pro práci herních specialistek, nemají klidné místo, kde by s dětmi a rodiči mohly nerušeně mluvit, chybí jim vybavení a složitě shánějí materiál pro volnočasové aktivity. Co se týká škol při nemocnici, dochází k jejich rušení anebo je kladen

příliš velký důraz na výuku. A konečně roli hraje i osobní situace každé respondentky, např. velká pracovní vytíženost, která nedovoluje věnovat se věcem naplno.

HS1: Na jednu stranu všichni tvrdí, jak to funguje, jak to dělají, ale já myslím, že to není pravda. Oni to dělají nějak, ze svého povědomí jak si myslí, že by se mělo, ale rozhodně to není na nějaký výzkum, to si myslím, že nejde. (...) Herní terapie rovná se edukace. To není pravda. To je přesně ono. Bohužel se stalo, že paní učitelky, které se toho dravě chytly, protože přišla doba, kdy se uvažovalo, že se školy zruší, málo dětí a tak dále, začaly šířit, vzaly z toho tu edukační složku, ten přiblížil panák s orgány a takové ty edukační věci. Všem školám daly na vědomí, že tohle je ono. To je přesně ono a toho se všichni chytli, nikdo v téhle republice v podstatě neví, co to všechno obnáší. Edukace a od toho odvozené přípravy, jestli je na to někdo vhodný. To je naprostě...!

HS2: Teď už asi fakt ne, je to lepší. Možná ten začátek, než si lidi na vás zvyknou a než vidí, že je tu někdo další, kdo má úplně odlišnou práci a než vás berou trochu vážně, tak asi ten začátek byl těžký. A pak ty podmínky, ale to tu máme všichni, jsou malé prostory, nemáte si kam sednout, nemáte nic svého, kam byste se mohla na chvíli zavít a o něčem přemýšlet nebo úplně vypnout, nebo i počítač, abyste si něco napsala, je jeden na sesterně a o ten bojujeme. Tak to zázemí, ale to tady mají fakt všichni, takže to není, že bychom jenom my byly utlačované.

Tazatelka: Je fakt, že nemáte prostor, kam si s rodiči sednout. Když si jdete do kouta v herně, tak dítěti to třeba stačí. Ale že si nemáte kam s rodičem pořádně sednout, to narušuje intimitu rodiči i kolegovi. To je asi fakt škoda. Co byste uvítala, jaké změny? Co by vám pomohlo se přes tyhle nevýhody přenést?

HS2: Změny... Určitě větší prostory, rekonstrukce, jiné oddělení, prostě jiné zázemí. Jinak nevím, co by pomohlo. Začátek si člověk musí probíjet sám, nemůže čekat, že mu to jiný proslápně.

HS4: Uvítala bych spolupracovníky, víc lidí v týmu. Protože tím, že já jsem hodně vázaná na ostatní činnosti, tak na ně nemám tolik času, kolik bych si představovala. Podle mě za chronickými dětmi jsou výborní dobrovolníci, když za nimi docházejí pravidelně, můžou se spolehnout, že bude mít čas jenom pro něj, když si ho bude chtít udělat, a můžou spolu být v dlouhodobém kontaktu. Kdežto já jsem tam spíš... takový nárazový kontakt. Hodně v herní práci hraje roli to, že vnímáme negativně to, že nestihnáme všechno tak, jak bychom potřebovali. Vždyť to je hrozné. Dejme tomu, že v Anglii je penzum pacientů na jednoho herního pracovníka deset dětí. Ale já mám tady tři oddělení! Plus rodiče, plus různé aktivity mimo - koordinuji dobrovolníky, divadýlka, všechny, kdo tam přicházejí. A to se prostě nedá stihnout. Tam byla velká deprivace z toho, že nestihnám to, co bych chtěla, a řeším to dneska už tak, musela jsem se vůči tomu hodně obrnit, a píšu si právě - dneska jsem byla s tímhle, zítra půjdu první za tím druhým a už se s ním domlouvám den předem, hele tebe si zítra vezmu hned na začátek, budeme spolu dělat tohle a tohle. Bohužel, může do toho vpadnout zase něco, potřebujeme tě tamhle a támhle, tohle není ideální. Na to je nás málo, na tohle musí být větší tým lidí.

HS9: Samozřejmě smutné je, když je dítě hodně nemocné, jsou tam nějaké problémy, které vy nedokážete vyřešit, protože to prostě nejde. Tak to jsou věci smutné. Ale jinak tu práci mám opravdu ráda, neměnila bych.

Tazatelka: Takže ani nenarážíte na nějaké překážky, se kterými byste se musela potýkat?

HS9: Překážky jsou vždycky a všude, kdyby šlo všechno hladce, tak to asi nemá cenu. Ani nevím, o čem bych se měla zmínit.

HS7: Trošičku v tom, že nedokážu odhadnout, kdy dětem říct dost v jejich touze mít mě u sebe. Mají někdy touhu mít mě u sebe jen tak, že si se mnou rozumí, že je jim fajn, že nechtějí být samy. Rodiče odchází a děti touží být se mnou třeba v noci. To se snažím řešit třeba tím, že si s nimi píšu SMSky. Nebo když odjíždím, snažím se jim říct, ano, jsem s tebou touhle cestou a nemůžu s tebou být, byť jsem v Praze. Takže trochu mi to narušuje jakoby soukromí, když to takhle řeknu. Ale nemyslím v negativním slova smyslu, prostě je to fakt. Je to možná o tom, že si ho nechám narušovat, zatím nemám důvod... že tady nemám svoje zázemí, rodinu, jsem tady sama, tak mi to nevádí. Ale tohle bych asi vnímala jako nejvíc. A co mě nebaví nebo mě na práci netěší, asi nic není. Akorát trošičku si musím dávat pozor na svou povahu, že jsem citlivý člověk a беру si všechno vnitřně, všechno беру зтратовé pro mě. A v tom mi pomáhá psycholog.

HS13 popisovala, že po ohlášení svého odchodu hovořila s nadřízeným, a z rozhovoru vyplynulo, že by šlo zlepšit podmínky, ona ale svůj názor nezměnila, protože odcházela na místo po kterém toužila. Dnes to vidí takto: Asi nebyla takový bojovník, aby si prosadila, co potřebovala, což je v každé nové pozici třeba. Bylo pro ni náročné být 8 hodin s dětmi. Neuspokojovalo ji být jen u hry, chtěla i další věci, v podstatě se chtěla věnovat komplexní péči o dítě. Byla mladá a bála se jít do boje - to vidí dnes, kdy je zkušenější. Dále by si přála větší prestiž profese. Vadilo jí, že tým tu profesi a problematiku neznali, těžká spolupráce v týmu, neochota dozvědět se o novém oboru. Sestry byly na děti nepřijemné, srážely jejich lidskou důstojnost (např. soukromí při koupání, samota).

## Kariérní rozvoj

Kromě jedné herní specialistky, která na tuto pozici nastoupila coby čerstvá absolventka, všechny dotázané pracovaly nejdříve jako sestry nebo učitelky a po čase se staly herními specialistkami resp. začaly využívat prvky herní práce. Do značné míry (některé

úplně) se jim změnila pracovní náplň. Jak tuto změnu ve své kariéře vnímaly? Ukazují se dva modely: Buď cítí, že profesně zůstaly na stejné úrovni, pokud jde o hierarchické uspořádání na pracovišti, ale přineslo jim to osobní růst. Nebo vnímají kariérní vzestup na vyšší pozici. Tři neodpověděly přímo, ale konstatovaly, že to je dětem ku prospěchu. Vzhledem k tomu, že tato otázka byla zařazena později, ve třech rozhovorech jsem ji nepoložila. U dvou respondentek z odpovědí na jiné otázky dedukuji, že vnitřně hodnotí osvojení si herní práce jako profesní obohacení. V případě jedné respondentky nelze odpověď ze žádných indicií odhadnout.

HS11: No tak herní práce. Naše kolegyně z dětské chirurgie byla v Anglii, i s panem primářem, a přivezli to sem. Tak hlavy dohromady, řekli jsme zkusíme to, tak jsme to zkusili. (...) Takže hlavy dohromady, jely jsme tamhle, pak tamhle, pan primář strašně nadšený, takže se to rozjelo ještě dál, do dalších nemocnic. A už to začalo - spolupráce, návštěvy, tak jsme byli takoví průkopníci.

HS9: Myslím že, jsem postoupila, samozřejmě mi to prohloubilo něco v té práci. Ale i to postoupení jsem tam možná pocítovala.

HS13 své působení jako herní terapeutka nevnímá jako kariérní růst, ale jako osobnostní růst ano. Setkávala se s těžkými diagnózami, postiženými, výjimečně se smrtí.

HS6: Osobnostně já sama jsem to vnímala jako posun výš, určitě.

Tazatelka: Díky čemu? Co vás osobně posunulo?

HS6: To, že to je nadstandardní služba, že jsem něco navíc, opravdu jo. A myslím, že bylo důležité, že oni mi věřili natolik, že mi v podstatě dali najevo, ať si sama udělám náplň práce, sama vedu svoji práci. Takže i tahle důvěra, důvěra vedoucích tady. Ale mě osobnostně to posunulo. Já jsem se vždycky chtěla... vždycky mě psychologie bavila, vždycky jsem se snažila se někde sama vzdělávat, a tohle mi... dá se říct, když to řeknu úplně laicky, poklepalo na rameno a řeklo jo, je to dobrý, svým způsobem máš na to. A mě to posunulo zase dál.

HS5: Asi nahoru. Protože pro mě bylo strašně těžké odpoutat se od role sestry, že už tady nejsem v roli sestry, že nezachraňuji. Že jsem spíš taková... že zpřijemňuji, upoutávám rodiče, děti úplně jiným směrem než sestra. To pro mě bylo hrozně těžké. Ještě jak jsem dělala na tom JIPu, prostě úplně jiná práce. Takže hlavně se zklidnit a myslím, že to byl krok výš. Na podzim mi bylo nabízeno dělat staniční sestru na jiném oddělení a já jsem řekla, že by to byl krok zpátky. Takhle jsem to hodnotila.

HS7: Ne, mám pocit, že jsem zůstala, akorát že jsem... Zůstala jsem horizontálně a pomalu vnímám, pro sebe, že mě ta práce naplňuje mnohem víc. Protože děti, to bylo mojí náplní... Dostala jsem se k dětem, takže vnitřně mám pocit většího naplnění, ohromného naplnění. Takže vnitřně jsem šla vertikálně. Myslím, že vnímání práce, to vyjde nastejno. Je to pro mě práce stejně důležitá, stejně zajímavá a stejně mě živí, ale vnitřně se cítím mnohem víc naplněná.

## **Sociální opora**

Všechny respondentky uváděly několik cílových skupin, kterým ony samy sociální oporu poskytují, i několik zdrojů, odkud ony samy sociální oporu čerpají.

### **Poskytovaná sociální opora**

Všechny respondentky uvedly, že poskytují sociální oporu dětským pacientům a jejich rodičům. Pět poskytuje svým kolegyním na pracovišti, konkrétně jmenovaly sestry, vychovatelky, kolegyně herní specialistky. Jedna někdy poskytuje studentům, kteří přicházejí na jejich pracoviště na praxi. Jedna uvedla staniční sestru, jedna lékařku z jejich oddělení. A

dvakrát zaznělo, že na jejich pracovišti poskytují sociální oporu všichni všem, protože jsou tým.

### Přijímaná sociální opora

Dotázané herní pracovnice mluvily o sociální opoře jednak na pracovišti a jednak o zdrojích mimo svou práci. Mezi nimi pro šest z nich dominovala rodina, konkrétně jmenovaly manžela, partnera, děti a své rodiče. Tři nacházejí oporu u svých kamarádů a dvě uvedly své zvíře. Na pomezí obou skupin je kamarádka-herní specialistka, a to pro dvě respondentky. Zdroje na pracovišti jsou dost pestré: tři mluvily o týmu na pracovišti bez uvedení konkrétních osob, tři o kolegyních - herních specialistkách. Třem respondentkám se dostává opory od přímé nadřízené (staniční sestry, ředitelka) a jedné od psycholožky z jejich oddělení. Jedna jako zdroj opory uvedla celkové zázemí v práci. Jedna nachází oporu u koordinátorky dobrovolnického centra. Jedna čerpá od pacientů. Kolegové z jiných pomáhajících profesí jsou oporou pro jednu dotázanou respondentku a spolužáci pro dvě. Jedna čerpá sílu díky vlastní optimistické povaze a díky tomu, že vidí výsledky své práce.

HS1: Jeden z důvodů, proč tady tak dlouho jsem, je, že pořád ještě je tu docela dobrý tým, s kterým si rozumím a který má aspoň trochu stejné představy jako já. Výhoda byla v tom, že i doktoři jezdili do Londýna za doktorem Šterkem, jezdili se tam učit operovat a pooperační péči, ale čichli i ke komplexní péči o rodinu... Já jsem už přišla do týmu, který fungoval moderně, šlo mu o děti a rodinu. My jsme to budovali na zelené louce a tohle byla strašná výhoda. A to mě tady drží, i když to není ideální a dělají se chyby.

HS9: Nevím, jestli si připadám jako opora, jestli bych se mohla do téhle funkce nominovat (pozn. smích)... Pro konzultaci přijdou někdy kolegyně, někdy, v rámci herní specializace. Ale to si chodíme navzájem. Ale možná kolegyně. Samozřejmě děti, a to v první řadě děti. Někdy i rodiče. A pak studentky, ale to jen někdy. Především děti a rodiče, pro ty tady jsme.... Když potřebuju já sociální oporu... Já bych řekla, že... mám nějaké zázemí ve své práci, tak všeobecně.

HS2: Mám kliku, že mám docela dost správných kamarádů, myslím, že se můžu o ně opřít, že nemusím přímo s nimi řešit ty věci, které potřebuji, ale to že s nimi jsem a bavím se a je s nimi legrace, to mi dodává sílu. Pak dělám spoustu různých aktivit, třeba sportuju a další věci. A pak mám jednu kamarádku, ona absolvovala ten kurz v Plzni, myslím, že je v tom docela orientovaná, s kterou přes chat nebo přes Skype si docela tyhle věci popovídáme, když je potřeba.

Tazatelka: Komu naopak vy sociální oporu poskytujete?

Klára? Doufám, že dětem a rodičům, a třeba možná někdy i nějakým kolegům.

HS4: No, já nevím přesně, co si pod tou sociální oporou můžu představit. Jednak je to rodina, pro mě, ve vztahu k zaměstnání, i moji rodiče. Moji rodiče zjistili, že... nejdřív měli nedůvěru k té profesi, a poté zjistili, že to je práce, která má smysl, takže i z jejich strany tu oporu mám, už si nemusím všechno obhajovat a vysvětlovat. Je to úleva, po těch pěti letech. V kom bych uvítala větší oporu, to je chápající a spolupracující nadřízený v práci, protože je neuvěřitelné, kolik síly se dá ztratit v boji s někým, kdo vám nepomáhá anebo klade překážky. To je nesmírně vyčerpávající a to mi bralo hodně síly ze začátku. Sociální oporu... je i spousta třeba... povzbudí mě, když se nám podaří do toho zahrnout rodiče, rodiny lidí, že jim to není jedno... Je to na vztazích s personálem. Musím říct, že funguji jako most mezi pacientem a mezi personálem, lékaři, sestrami... Já mám tendenci je vztahy a komunikaci nějak rovnat, takže v tomhle to asi nějak spontánně vzniklo. A v práci si o tom můžu s děvčaty promluvit, ale taky jen do určité míry. Přiznám se, že nemám tady nějakého dobrého kamaráda a myslím si, že asi by nebylo vhodné s ním probírat některé věci. Takže po té pracovní stránce... neřekla bych, že v otázce záchranné sítě nějak strádám. Jsem ráda, že už nemusím proti bojovat opravdu nahore s lidmi, kteří jsou zřizovatelé té služby, a že už tam mám dobrou pozici a můžu za kýmkoliv z týmu jít, není tam snad nikdo, za kým bych se bála jít nebo koho bych se bála oslovit, že mě nebude brát nebo tak... A co mě hodně drží, jsou moje kolegyně v oboru. Dřív jsem to tolik nevyužívala, ale musím říct, že v poslední době jsem za to hrozně ráda, pomohlo mi, když jsme se teď setkaly v Brně. Hodně mi pomůže, že už nejsme rozdělení na dva tábory, pedagogové a zdravotníci coby původní profese, ze které tohle vycházelo, že už jsme všichni pochopili, že to je jedna profese, která někam musí směřovat, že už se táhne za jeden provaz.

HS6: Poskytuji ji jednoznačně rodičům. Samozřejmě i dětem, ale u těch menších dětí jednoznačně rodič je ten stěžejní, se kterým když spolupracuji, tak on mi řekne, co si k dítěti můžu dovolit, nemůžu dovolit, on ho zná nejlíp. A odkud já ji čerpám? Od dětí. Ty děti. Já mám



skvělé zázemí doma, to je další věc. Určitě kdybych přijela domů a měla tam zběsilého manžela, tak to je... všechno na sebe navazuje. A musím říct, že dneska snad i to, že jsem naprosto plnohodnotnou součástí našeho týmu. To je důležité.

HS7: Obrací se na mě děti, ty větší, ty malé ne, ty mají maminky, maminky se na mě obrátí a já to řeším s psychologem, protože s maminkami si moc rady nevím... A jinak vidím, že jsem síť pro ty větší.... Kdo je pro mě síť.... Pro mě je hodně síť, teď to možná bude znít trochu divně, i po pracovní stránce... ono je to všechno velmi skloubené, pro mě je hodně důležitý... můj pes. Pak psycholog, která mi pomáhá, je síť pro mě a já síť pro ni, to je opravdu i důvod, jeden z důvodů, proč jsem tady, ohromné zázemí pracovní i soukromé. Rodiče...moji rodiče to trošičku nechápou, ví, že je důležité, abych do práce chodila, ale mají pocit nadbytečné pýchy na mě... A mí kamarádi tady v Praze, co jsem si tady získala.

HS3: (...) naše vrchní sestra, která je strašně ochotná, strašně fajn, která je pro mě takový ten záchranný bod, že i kdybych chtěla tisíckrát odejít, tak vím, že ona mi to rozmluví a bude mít pravdu v tom, co říká. A je strašně fajn a stojí za mnou, takže to není takový ten šéf, který si hraje na svoje triko. Ale taky chápu to, že ona má hrozně moc práce, si spoustu věcí řeším sama, a až když už opravdu nevím, tak v tu chvíli za ní jdu.

Tazatelka: Jak to máte se sociální oporou, odkud vy sama čerpáte sílu a kde vy sama máte svou záchrannou síť, protože přece jenom je to práce hodně náročná.

HS3: Nikde, vůbec nikde. Doma mám andulku, ta je fajn. Přítel je pryč a moje rodina tady taky není.... Mám kamarády, se kterými si vyměňuji názory z jejich práce, kamarádka pracuje na Bulovce, to je hodně dobrá přítelkyně, s tou si vyměňujeme názory a tak. Se sestrami z neurologie si vyměňujeme názory nebo se bavíme nebo jdeme na kafe, ale taková ta vyloženě opora, ta podpora mého psychického stavu není zrovna vůbec nikde, je to docela těžké.

Tazatelka: Naopak komu vy sociální oporu poskytlujete?

HS3: Dětem a rodičům. Někdy je to docela těžký...

HS11: Já mám velkou oporu v rodině, protože...

HS12: To je základ (myšleno rodina).

HS11: ...můj táta žije se mnou. Přijdu domů a všechno, co se tady dělo, to je náš večer, všem. Mám dceru, kterou to zajímá, vnuky. Takže Babi, co jste dělali v nemocnici s Petruškou, pojď, budeme to dělat tady. Takže já to prožívám ještě třikrát. (...)

Tazatelka: A tady v práci komu poskytlujete sociální oporu? Kdo si za Vámi chodí pro podporu?

HS11: Za mnou pomalu celá nemocnice.

HS12: Ten, kdo ji potřebuje, od všech sestřiček až po...

HS11: Já jsem takový člověk, že přes mrtvolu bych pomohla každému, i kdybych sama neměla mít. Takže děti na prvním místě, maminky, rodiče.

Tazatelka: Funguje to takhle i mezi vámi pracovníky, že navzájem si poskytlujete oporu, nebo se sestrami, lékaři, funguje to i tímhle směrem?

HS11: Určitě to funguje, ale nějaké mezery se najdou, zas to není tak ideální. Ale funguje, hodně to funguje, že jsme kolektiv jak se patří.

HS12: Určitě, určitě.

HS11: Ono se najde, že vás někdo naštvě nebo se něco stane, že s tím nesouhlasíte, ale zase s tím souhlasí víc lidí.

HS12: Já když si vzpomenu, jak za mnou byla paní ředitelka, když jsem byla s dcerou v lázních, tak to je všechno... Jeden druhého podrží.

HS11: Nevím, jestli byste měla tohle natáčet, ale mu máme tu kliku, že ta ředitelka... Málo jich je takových! Až jsem řekla Už toho prosím Tě nech! Veškeré co se týká rodiny a zázemí a všechno, ona vám pomůže i kdyby měla o půlnoci jít. Kdykoliv přijdete, je obětavá. Nechci ji chválit, ale je to tak.

HS12: Je.

## **Burn-out syndrom, jeho prevence a psychohygiena**

V odpovědích herních specialistek se často prolínají vyjádření na otázky po vyhoření, jeho prevenci, psychohygienických opatřeních a sociální opoře. Tato témata spolu navzájem souvisí - prevence syndromu vyhoření se do značné míry shoduje s psychohygienickými zásadami, které respondentky dodržují. A jedním z protektivních faktorů je přijímaná sociální opora.

Z dotázaných herních specialistek jich deset hovořilo o tom, že se necítí ohroženy vyhořením. Jedna ohrožení momentálně pociťuje. Jedna o vyhoření mluvila v souvislosti s dětmi mimo práci, ale v nemocnici ne. Jedna mluvila o krizi, kterou v profesi herní specialistky prožila, příčiny vidí v té době nedostatečném vzdělání a absenci profesní podpory

a zpětné vazby. Bylo to v začátcích, kdy se tento typ péče o pacienty v nemocnicích teprve začínal rozvíjet a tato respondentka začínala hledat zdroje profesní pomoci. Z jejích slov si netroufám jednoznačně říci, zda se jednalo o burn-out syndrom. Tři respondentky zmínily své vyhoření v jiné profesi, které se věnovaly před nebo po herní práci, ale v tomto oboru se ohroženy necítí. Jedna respondentka se cítila ohrožená vyhořením v profesi herní specialistky a vyhořela.

Všechny respondentky mluvily o preventivních opatřeních, která jim pomáhají vyhoření odolávat. Lze je rozdělit do tří okruhů: Jednak faktory související s prací a samotná povaha práce - novost resp. nová náplň práce oproti dosavadní, s herní prací přišly nové podněty, pestrost, práce je baví, těší se na ni, považují ji za smysluplnou a také další vzdělávání, supervize, udržování dobrých vztahů na pracovišti. Dále vztahy s blízkými lidmi - rodina, přátelé, také domácí rituály. A konečně záliby, koníčky či konkrétní psychohygienické postupy - jmenovaly kulturní a sportovní zájmy, procházky, autogenní trénink, jógu, zvíře. Opačné přístupy se objevují ohledně dalších pracovních aktivit resp. práce s jinou populací než na pracovišti - tři respondentky pracují se zdravými dětmi jako vedoucí zájmových oddílů a pochvalují si, že práce se těmi zdravými dětmi je dobíjí, jiné tři naopak takovou činnost s dětmi opustily, protože je vysilovalo pracovat s dětmi v zaměstnání i ve svém volném čase. Jedna respondentka hovořila o užívání alkoholu, který jí pomáhá dostat se ze špatné nálady.

HS12: Myslím, že děláme všechno pro to, abychom žádný syndrom vyhoření neměly.

Tazatelka: Co vám pomáhá, jaké psychohygienické postupy nebo každodenní drobnosti, kterými se udržujete v dobré náladě?

HS12: Teď třeba hokej (smích) (...) Všecko možné, co ve volném čase, jazykové kurzy, cvičení, sporty a takové drobné zájmy, co nám dovolí rodina.

HS8: Jednak jsem kromě tohoto dělala pořád s dětmi v Centru volného času, měla jsem jeden svůj keramický kroužek, turistické výlety pro děti a tábor. Tak to mi pomáhalo vyrovnávat... práce s postiženými dětmi je jiná, u zdravých dětí to bylo o něčem jiném, nabíjelo mě to jiným způsobem. Někdy v té době jsem si pořídila psa, tak to taky hodně. A co se týče práce s dětmi, nemám pocit, že bych měla v té době nějaké riziko, protože to bylo nové. A práce sama o sobě mi hodně dávala, myslím že nehrozil syndrom vyhoření. Spíš ta práce byla obranou proti syndromu vyhoření v téhle profesi.

HS9: Já díky tomu, že jsem později přibrala tu práci herního specialisty, takže jsem se zase obohacovala, učila jsem se nové věci, bylo to jiné, teď učím, takže je pro mě zase další změna, tak já syndrom vyhoření zatím nemám. Protože pořád mám nějakou změnu činnosti. Zatím. Je pravda, že když jsem už dlouho byla na tom vychovatelském postu, tak poslední rok, dva už možná někde něco začalo doutnat. Ale zase se to změnilo tím, že došlo k nějaké změně. Já myslím že změna je docela důležitá.... A za druhé myslím, že se snažím dodržovat psychohygienu, hodně a často ve svém volném čase.... Snažím se... hodně sportuji, já jezdím do přírody, takže úplně jinou činnost než dělám v práci. Fyzicky třeba cestování nebo outdoorové aktivity. Pracuji s dospělými, takže ne až tolik s dětmi. Práce s dětmi je těžší. Myslím že se opravdu snažím o to, jak má psychohygienu vypadat, dělat opak toho co v práci. Tak snad to funguje, alespoň zatím..... Je pravda, že když jsem začínala, tak jsem vedla ještě oddíly dětí a tak. A z toho jsem velmi rychle vycouvala. To se nedalo.... To se dá dělat třeba pět roků a pak ne.

Tazatelka: Takže ta změna a pestrost.

HS9: Pestrost. To mě drží.

HS6: Já jsem se s ním sama nikdy nesetkala, a už vůbec ne v téhle práci, kterou teď dělám. Ta je tak široká a pestrá, že ne.

Tazatelka: A i když se necítíte ohrožená, děláte něco proti tomu, aby na vás nedolehl v budoucnu? Máte cílenou prevenci?

HS6: No, je, zůstat v duši stále dítětem. Dítěti se to nemůže stát. A děvčata vždycky říkají, že jsem infantilní. V určitých věcech, jo, radovat se z obyčejných věcí, z úplných maličkostí. To je ono. Tohle má každý posazené sám v sobě..... Takový autogenní trénink je občas doma potřeba, protože ono za dopoledne... Já jsem ze začátku zjistila, že si všechno nosím domů a odnášelo to moje dítě. Dneska je dcera velká, je jí

16, ale nicméně jsem zjistila, že čím víc jsem vstřícná tady, tím víc mi to dělá problém doma. Takže jsem si našla vlastní způsob relaxace, naučím se doma vypnout, řekla jsem to rodině, rodina to ví, že přijdu domů a mám pro sebe půlhodinku, dám si kafe, vezmu si časopis, čtu si nesmysly ve Story a je to dobré. Ta práce je duševně vyčerpávající, protože tím že neustále hovoříte s lidmi, s rodiči, doktoři nemají čas a sestřičky, co si budeme povídat, mají své práce dost, mám pocit, že mě občas vysávají. Ale ta profese to přináší.... A jóga mi hrozně pomohla, naučila jsem se relaxovat. Zatím mi to stačí.

HS2: Vyhoření přímo asi ne, ale občas máte chuť s tím seknout, říkáte si, už dost a šla byste dělat něco úplně jiného. Já mám takovou ideu, že půjdu dělat do čajovny. Asi vás to napadne, občas jo, když je tady nějaká krize, si říkáte, že to nemá cenu. Vždycky mě to zatím nějak přešlo.

Tazatelka: Když se podíváte zpátky, nacházíte díky čemu vás to přešlo?

HS2: Asi to, že ta práce mi přijde fakt smysluplná, myslím že to má smysl. Vím že kdybych odešla, tak se vždycky najde někdo jiný, kdo by tady mohl být místo mě. Ale hlavně mě to pořád baví a přijde mi, že to má smysl. Tak si říkám, co utíkat, když už jsem tady něco rozjela.

Tazatelka: Máte nějaké konkrétní postupy, kterými bojujete proti vyhoření?

HS2: Asi těmi svými aktivitami, já mám po práci dost aktivit, i kamarády, myslím, že mám v životě kliku na to, že mám správné lidi kolem sebe. Tak takhle kombinace.

HS10: (syndrom vyhoření) Ten mě potkává jinde než tady... Já myslím, že s tím nemáme nikdo z nás tady problém. To jsou nemocné děti. Já myslím, že u nás je to tak... Pokud bych už cítila, že dětem nic nedávám, tak odejdu. Ale pak to odnáší naše děti.... Tady je prostředí velice citlivé. My jsme to měly na jedné paní učitelce, která musela odejít, už byla v důchodu. A to za vámi zdravotníci přijdou a velice taktickým způsobem vám řeknou Ona tady ještě bude? nemá už důchodový věk? Protože to se odrazí. Zdravotníci nás neustále vidí, tady jste pod drobnohledem rodičů, zdravotníků, lékařů, všech. Tady nemůžete být nenaladěná. Já mám dneska migrénu, že nevidím, a to na mně poznají, že mám špatné oči. Ale to prostě nemůžete, to je váš osobní problém. A když potom přijedu na chalupu a vedle jsou čtyři kluci, ke kterým se přidá můj vnuk, tak říkám té mamince Kdybych měla kulomet, tak jsi bez dětí a ona řekne, Já bych se k vám přidala. (smích) Tam už na to nemáte. Nebo jdu na kafe s kolegyní a vedle přijdou maminky, rozdláží si tam kočárek, děti začnou brečet, a my zaplatíme a odejdeme. Tam jo, tady ne.

Tazatelka: Co se Vám osvědčuje v psychohygieně, abyste to tady zvládala? Máte nějaké svoje figle, relaxaci, sport, koníčky, prostě cokoliv?

HS10: Já tohleto nepoužívám. Relaxační hudbu pouštím tady dětem, ale ne. Já doma relaxuji tím, že dělám obrázky, třeba do jedné hodiny střihám, strašně mě to baví, pak to tady nalepíme. Obrázky ze samolepek jste viděla. Teď tam máme na všechna okna ve druhém patře, budeme dělat, teď je léto, tak je to dost problematické, protože den je dlouhý a noc krátká, jen co přejde léto, tak se do toho dáme... Víte, já jsem ze staré školy, já si doma dám nohy na stůl, přečtu si knížku nebo si vyluštim křížovku a jsem v pohodě. Nemám tyhle psychické stavy.

Tazatelka: Co děláte proti vyhoření?

HS3: Vůbec nic, fakt.

Tazatelka: Cítíte se aktuálně nebo do budoucna vyhořením ohrožená?

HS3: No cítím, hodně, hodně no. A to je tím, že já to nemám kde ventilovat. Třeba včera jsem měla pocit, jako že.... A dneska ráno jsem přišla s dobrou náladou že jo, ale...

Tazatelka: Takže funguje to, že musíte poodstoupit od té práce.

HS3: Já jsem typ člověka, že když mám problém, tak od něj musím odejít, musím. Třeba když jsem tady v Praze doma a tak to tam na mě padá, a člověk si říká, tak jsem sama... a zase mám doma andulku a želvu, to je fakt... tak já musím aspoň na hodinu odejít z bytu, prostě odejít.

Tazatelka: Prostě změnit prostředí.

HS3: Hm.

Tazatelka: Umožňují vám takový odstup koníčky, záliby?

HS3: Tak já hraju divadlo a maluju. Takže když je mi hodně blbě, tak už konečně něco namaluju. Občas máme představení, tak to je takové odreagování, zase se dostanete někam úplně jinam, zase se vrátíte zpátky domů. A protože jsou tam herci a divadelníci, tak se opijete, ale já nejsem zvyklá pít, nebo ne, piju, ale ono je to čas od času fakt dobrý se opít.... Člověk to musí nějak vyventilovat. A nejhorší, že nemůžete to, co je tady v práci, říct druhým ... spousta lidí to nepochopí, nepochopí váš přístup, nepochopí to, že vy to berete tak a tak. Co mám dělat. A nejhorší na tom je, že si stěžuju vrchní, a ona vám řekne, já bych tu vaši práci nedělala. No tak místo aby mě podpořila... Na jednu stranu je to taková útěcha, že si říkáte, jo ta práce je sice těžká, ale já ji zvládám, ale na druhou stranu když vás nepodřít váš nadřízený, tak je to trošku ...

HS1: Mě v začátku strašně znervózňovalo, nejsem šílenec, který by neměl zpětnou vazbu... já jsem se strašně bála, že lidi poškodím, ať už to byly přípravy nebo rodiče. Protože jsem věděla, že jsem laik, nemůžu si hrát bůhví na co. Ale teď jsem v té situaci byla, něco se stalo, třeba dítě zemřelo, a já jsem se v tom musela orientovat. Tak jsem se držela spíš zpátky, spíš jsem se snažila to citem nějak řešit. Pak mi pomohla ta první Anglie, s dětmi, s přípravami, že jsem si tam zpětně uvědomila, že jsem to dělala dobře. To jsem hrozně potřebovala. Už jsem toho chtěla nechat, protože jsem se v tom potápěla, vůbec jsem nevěděla, říkala jsem si, na co si tady hraješ. Tam jsem se ujistila, že jo, že takhle to má být, že jsem to cítila dobře. A to mi hrozně pomohlo. Tak to bylo i s rodiči i s Ylonou. Když jsme se viděly poprvé, to bylo setkání pro pomáhající, sdělování nepříznivých zpráv ve zdravotnictví..., tak jaké se dělají chyby, co klient potřebuje, jak s rodinou zacházet. To byly první roky, kdy jsem byla už na zhroutení z toho všeho, ze svých pochyb a z toho všeho. Pak jsem měla mnohahodinový emoční výron, mnoho hodin jsem brečela, kdy jsem to konečně ze sebe dostala. Tam jsem trošku o tom s Ylonou mluvila. To mě odšpuntovalo, tak jsem konečně našla lidi, kterým jsem důvěřovala a kteří mě naučili i kde hledat informace a jak se sebou trošku pracovat a tak. To mi hodně pomohlo. Ale všechno jsem si musela najít sama, bylo to, že kdo hledá, nakonec najde. Ale je to samozřejmě dlouhodobé a někdo třeba ani nenajde někoho vhodného. Ale cíleně ve zdravotnictví, na to se vůbec nemyslí.

HS13 hovořila o tom, že když pracovala jako herní specialista, vyhoření nezažila. V profesi, které se věnovala poté, však ano. Dnes díky tomu všemu cítí osobnostní změnu.

HS5: Zatím ne, ale na JIPce jsem samozřejmě syndrom vyhoření pocítovala. Proto jsem možná v té chvíli chtěla změnit profesi. Takže poznala jsem ho jako sestra, zatím ho nijak nepociťuji.

Tazatelka: A jak jste se z toho dostala ven?

HS5: My jsme si o tom doma hodně povídali. Ty děti mi v té chvíli nepřišly důležité, raději jsem si šla číst než jít k dětem, protože mi to dělalo tak jako zle je poslouchat nebo říkat diagnózy rodičům... Asi jsem se z toho vymluvila, protože jsem ...najednou druhá míza a k dětem jsem šla a bylo to dobré.

Tazatelka: A co jste si z téhle zkušenosti odnesla?

HS5: Víím, jak se to projevuje, víím, že až budu mít takové ty lhostejné přístupy k dětem, tak si říct stop, tady už to nechci nebo prostě... Už budu vědět, co to znamená. Protože předtím jsem jako moc nevěděla, tam byly i problémy s lékaři, mezi sebou jsme měly problémy jako sestry, tam toho bylo trochu víc, kolektiv upadal. Ale zatím mi přijde, že tady to vzkvétá. Takže první příznaky bych asi poznala, že se něco děje, tak myslím, že mě obohatilo, že už příště budu vědět, co to je.

Tazatelka: A děláte v běžném režimu, kde pro vás syndrom vyhoření aktuální není, něco pro to, aby nepřišel znovu nebo abyste mu odolala, takovou prevenci?

HS5: Já se snažím vycházet tady se sestřičkami, s lékaři dobře, aby nedošlo k situaci, kdy bychom všichni proti sobě něco měli a do práce jsem se netěšila. Taková prevence, je důležité se do práce těšit a přicházet sem s dobrou náladou, ne - ježiš, už zase. Tak to se snažím s holkama vycházet co nejlépe, aby tady nevázla komunikace.

Tazatelka: A třeba váš volný čas, koníčky. Cítíte v tomhle, že vás drží dál od rizika vyhoření?

HS5: Moje koníčky... Já vedu skautský oddíl světlušek, tak tam trochu dostávám impulzy od zdravých dětí, tam je všechno v pořádku. Nabíjí mě trochu víc. A pak sport, plavání, cyklistika a tak, to mě dobíjí k tomu, abych se tady cítila lépe, k psychické pohodě.

HS11: Já jsem měla velký útlum po té změně zaměstnání, jak jsem šla ze Svítání od postižených dětí sem. Protože jsem s dětmi strašně srostla díky tomu, že byly hendikepované, a musela jsem to opustit. A s tím jsem se nemohla smířit. Takže to všechno jsem našla zase tady.

Tazatelka: Co vám pomáhá, aby jste se do podobné situace znovu nedostala?

HS11: Mně doma hudba, ráda poslouchám. A těšíme se na dovolenou.

## Dvojí zakázka rodiny

V šesti rozhovorech respondentky otevřely téma dvojí zakázky. Jde o situaci, kdy dítě i rodič se staví odlišně k situaci, která se přímo týká dítěte. Asi nejčastěji nastává při poskytování informací o plánovaném vyšetření či zákroku, příp. o zdravotním stavu. Nastává otázka, co v této situaci dělat: informovat dítě, kterého se vyšetření týká, nebo ctít vůli rodičů tj. jeho zákonných zástupců? Jednoznačné řešení či jedna správná odpověď neexistuje, snad jen lze doporučit zásady, kterých by se herní pracovnice měla držet.

Tazatelka: Setkala jste se s problémem, že by se dítě zajímalo o to, co se bude dít, a rodiče si přáli, aby to dítě nevědělo?

HS5: Znáám. Bylo jednou u velkého, šestnáctiletého chlapce. Rodiče odmítali úplně jakékoliv informace, abychom ho informovali, o ničem, ani co po operaci bude mít. On šel pak na jednotku intenzivní péče, tam se probudil a byl úplně překvapený z toho, jaké měl drény, všechno. Protože ho na to nikdo nepřipravil. A pak se samozřejmě volal psycholog, protože on s rodiči nechtěl mluvit, protože se na ně... obrátil se k nim zády, že mu to neřekli a tak. Tak to byl problém. A pak menší děti, stalo se mi, že maminka nechtěla, abych dítěti cokoliv ukazovala.

Tazatelka: Jak velké to dítě bylo?

HS5: To bylo čtyřleté.

Tazatelka: Čtyřleté. A to dopadlo jak?

HS5: No, on už tu byl poněkolkáté, ale byl menší, tak si to moc nepamatoval. No byl plačtivý.

Tazatelka: Jak řešíte konflikt, když dítě informace chce, ale rodič, jeho zákonný zástupce, nechce?

HS2: Respektujeme rodiče, nic nedělat za jejich zády. Spíš mluvit s rodiči o tom, proč to nechce vědět nebo aby to vědělo dítě, jaké jsou jeho důvody.

HS6: Ano, setkávám, a pak je otázka, do jaké míry to řešit a jak to řešit. Já to většinou řeším tak, že si rodiče vezmu stranou a vysvětlím jim, že když to dítě nebude vědět atd. atd. A musím říct, že v 90 procentech se mi to povede probourat aspoň do té míry, že řeknu úplně nejzákladnější věci, že je upozorním na to, že když dítě bude absolutně neseznámené, že ty důsledky potom můžou být horší, vyšetření může být hůř provedené. Musím říct v 90 procentech... Jednou jsem se setkala s úplně jednoznačným zákazem, tam mi bohužel nezbyvá nic jiného než to respektovat, nemůžu si dovolit v pozici terapeuta nebo specialistiky, to je jedno, nereflektovat na rodiče. Ale faktem je, že v tomhle případě tehdy oni si nepřáli informace ani od lékařů ani od ošetrovatelského personálu, aby dítě cokoliv vědělo, takže jsme to zanesli do chorobopisu, protože jsme měli pocit, že to v tomhle případě už může uškodit. Tam už to bylo vyslovené jako věta. Jinak se vždycky snažím aspoň trochu a musím říct, že se mi to daří. Aspoň základní věc. Jsou rodiče, kteří řeknou, neříkejte, že někam pojede, ale většinou jim to vymluvím, to nemá cenu dítěti lhát.

Tazatelka: Právě v tomhle případě, že dítě třeba něco důležitého pro léčbu, co by ji mohlo ovlivnit, neřekne ošetřujícímu lékaři, ale řekne vám a vy usoudíte, že pro lékaře je to nezbytná informace, dítě si ji ovšem chce nechat ne pro sebe, už ji řeklo vám, tak mezi vámi, ale nechce ji poslat dál, máte s tímhle nějakou zkušenost? Stává se to?

HS4: Zkušenost s tím nemám. Většinou se mi podaří ho přesvědčit, že je to důležitá věc a většinou se mi povede tu propast překlenout. Ještě se mi nestalo... Většinou dítě má obavu přistoupit k tomu dotyčnému a tohle mu stačí k tomu, abychom ho motivovali k tomu, aby šlo a řešilo se to dál. Jednou jsme řešili případ, že dospívající chlapec, asi 13 nebo 14letý, velice inteligentní hoch, který měl přečteno po vědeckých stránkách všechno možné, šel na vyšetření, které bylo proti jeho vůli, měl podstoupit izotopové vyšetření ledvin. Bylo to nejlepší, nejkvalitnější vyšetření, které mohl absolvovat. Ale on byl a priori proti aplikaci jakékoliv kontrastní látky, kterou by mu měli dávat, protože to je cizorodá látka, kterou on do těla nechce. Snažili jsme se ho moc přesvědčit, i jsme ho vzali na ty izotopy, vysvětlovali princip, s tím, že látka se do 24 hodin při dobrém pitném režimu vyloučí, že nemusí mít strach. Přesto v tomhle případě si myslím to nedopadlo tak, jak by to mělo být, a to tak, že podle konvence o biomedicině, která je v našem zdravotnictví vlastně platným zákonem a byla ratifikována, tak my jsme povinni přihlídnout k názoru dospívajícího pacienta. A když to neuděláme, tak nakonec rozhodne rodič, ale je tam vyložene napsáno, že se má přihlídnout k jeho názoru. Myslím si, že v tomhle případě můžeme riskovat i to, že ten pacient opravdu nepřijme látku do těla, zvýší se riziko reakce, myslím si, že v takovémhle případě se měla zvolit nějaká alternativnější cesta. Ale to byl jediný případ, který jsem tam zažila, že se šlo přes přání dítěte. Jinak se mi celkem podaří, nebo nejenom mně, ale i všem ostatním... Řekla bych, že se s nimi dnes hodně mluví o vyšetřeních, o důležitosti, o důvodu, proč se vyšetřuje, co tím chceme získat a tak dále. Že se nakonec komunikace podaří navázat.

### **Supervize, intervize, metodické vedení**

Otázka péče o herní specialistiky, pokud jde o vykonávání jejich práce resp. vztahu mezi nimi na straně jedné a pacienta a jeho rodičů coby klienty na straně druhé, je do značné míry neřešená. Vliv má to, že ve zdravotnictví systém supervize neexistuje, a tak je hledání pomoci vždy záležitostí vlastní iniciativy konkrétní pracovnice.

V průběhu rozhovorů se ukazovalo, že některé herní specialistiky nerozlišují mezi supervizí a intervizí a za supervizi označují např. radu své nadřízené na pracovišti.

Dvě respondentky mluvily o tom, že ony nabízejí supervizi jiným herním specialistkám, a zároveň uváděly, u koho ony samy vyhledávají profesní konzultace. Výcvik v supervizi nemají. Jedna respondentka popsala péči o herní specialistiky na jejich pracovišti jako bohatý a rozvinutý. Tři respondentky mluvily o tom, že pomoc v profesních záležitostech nacházejí u svých kolegyně na oddělení resp. u psychologek a staniční a vrchní sestry, přičemž dvě tuto spolupráci nazývají supervizí, jedna ne. Už z toho je patrná nevyjasněnost pojmu supervize. Dvě respondentky svou práci s pacientem a jeho rodinou konzultují se svými kamarádkami-kolegyněmi, tyto porady v dalším přehledu označují jako intervizi. Tři respondentky supervizi nemají, ale rády by ji využívaly. Dvě z nich tuto situaci řeší tím, že si vedou pracovní záznamy spojené se sebereflexí a reflexí své práce. Tři kolegyně z jednoho pracoviště si spolu se zdravotníky z oddělení zavedli praxi, že v případě problému se scházejí na schůzce a situaci řeší. Jedna respondentka odpověděla, že supervizi nemá a myslí, že ji nepotřebuje. Při bližším doptávání však uvedla několik zdrojů pomoci, např. se o radu obrací na svého bývalého učitele. Vesměs se respondentky shodují, že pokud by nějakou pomoc chtěly vyhledat, mohly

by se obrátit na psychology, kteří pracují v nemocnici tzn. ne na jejich oddělení. Dvě dotázané by uvítaly více s kolegyněmi - herními specialistkami diskutovat o metodických záležitostech herní práce.

HS1: Já funguji jako metodické vedení, jako supervizor. Ale já k sobě nikoho nemám, co by se týkalo mého supervidování... Samozřejmě záleží na tom, z jakého by to bylo oboru. Pokud by to byla herní práce jako taková, tak tam problém nemám. Spíš jsou to nějaké psychologické věci, krizová intervence nebo něco takového.... Využívala jsem nebo využívám taková setkávání s Yvonnou Luckou. Scházíme se taková skupina rodičů a profesionálů z pomáhajících profesí, kdy jednou za čas se dělá takové setkání zážitkově-vzdělávací, kde je možné o něčem mluvit.... Tady v nemocnici je pár psychologů, takže by bylo možné s někým vstoupit do nějakého kontaktu.... Ale myslím, že v začátcích by to pro mě bývalo důležitější. Neříkám, že teď to nepotřebuji, to vůbec ne. Ale přeci jenom si člověk nějakým hledáním, bohužel i pokusem a omylem, na to přišel nebo si to odnesl z nějakých setkání. Takže teď už to, si myslím ... nepotřebuji... Někdy jo, někdy v té tendenci vyhořet, jasně že už toho člověk má plné zuby. Co se týče klientů jako takových, tak hlavně v začátku bych byla bývala potřebovala daleko víc. Já jsem nakonec přišla na to, ať to bylo s herní prací nebo s rodiči, že člověk spoustu věcí intuitivně dělá dobře.

HS9: Já myslím, že péči o sebe sama nemáme. Supervizi na herních specialtech v podstatě provádím já, tam je vedení z mé strany, ale... i když možná... Spolupracujeme s nemocničními psychology, kde řešíme i pedagogické problémy, vztah nemocné dítě - pedagog. Máme. Tak v podstatě toto, to nám zajišťuje paní doktorka z psychiatrie, psychologie. Občasné sezení na toto téma máme, řešíme jak pracovat s dětmi, ona nám radí z pohledu odborníka. Takže máme. Vlastně bych řekla že ne, a máme. A docela kvalitní! (pozn. smích) ... Běžné to asi není, ale je to přínosné. Někdy téma zvolí paní doktorka nebo pan psycholog a právě někdy máme sezení, kdy my si nachystáme témata, co potřebujeme řešit.

HS8: Je fakt, že jsem občas cítila, že jsem velice opatrně dělala techniky, které vycházejí z expresivních terapií, dělala jsem jenom to, kde jsem si byla jistá, že dětem nemůžu ublížit. Možná tohle bych si představovala, že kdybych to chtěla rozvíjet víc, tak si doplnit vzdělání, psychologii, abych věděla, co můžu očekávat nebo co vyvodit, interpretovat výrobky dětí, když to byla arteterapie. Cítila jsem, že se do toho nechci pouštět.

Tazatelka: Říkala jsi, že jsi to dělala hodně intuitivně, cítím respekt, který ti bránil riskovat. Měla jsi tenkrát nějakou péči o sebe, ve formě intervize, supervize?

HS8: Ne, neměla.

Tazatelka: Kdybys měla, myslíš, že bys byla v práci s dětmi odváznější, že bys šla o krůček dál?

HS8: Myslím, že určitě. V té době jsem ani nevěděla, že by někdo dělal něco podobného, i dramaterapie a dramatická výchova tady začínala.

HS4: A já bych potřebovala i jistou supervizi nebo zpětnou vazbu od nich, abych věděla, jak to třeba vnímá ten lékařský tým, jestli jsem něco neudělala špatně a tak dále. Supervize mi chybí hodně. A v rámci toho jsme se domluvili na valné hromadě herních pracovníků, že bychom si takovou supervizi dělaly navzájem. A domluvily jsme se, že si budeme dělat poznámky z práce, protože je pravda, že já si žádné pracovní výstupy nedělám... Ale pro sebe si píšu pracovní záznamy z toho dne, s tím, že si píšu, co jsem dělala, něco si píšu jenom početně, u toho, u čeho jsme se zastavili víc, to si poznamenám víc. Pak si barevně označuji i věci, které se týkají etických záležitostí na oddělení, jak se to řešilo, problematických věcí a to bychom chtěly pak na supervizi probrat, jak co řešit a bez toho by se vlastně člověk neměl k čemu vracet.

HS5: No, to je trošku problém, protože jsem tady na klinice sama, takže žádnou supervizi nemám. Když mám nějaký problém, tak to řeším s tou psycholožkou nebo s vrchní sestrou, se staniční. Takže nemám žádnou... kontrolu, jestli to dělám správně. ... Určitě bych se chtěla zúčastnit nějakých praxí, seminářů, jak herní práce funguje i někde jinde. Protože jsem byla jenom na kardi, tak mám jeden takový příklad, jak to funguje. A vlastně jediné z komunikace na těch sezeních herních pracovníků, konferenci, měli jsme i víkendové sezení, tak jediné z toho. Je to... jak si to člověk udělá. Co si myslím, že je důležité pro tohle oddělení, a co si myslím, že je důležité, aby dělal herní pracovník, to zkouším dělat, ale nevím, jestli je všechno správně.... Mně se třeba líbilo, kdybychom tady byly dvě. Ne přímo na oddělení, ale o patro níž, abychom spolupracovaly, aby všechno neviselo jenom na mně, ale aby byla spolupráce, radění v nějakém problému, když je, to by se mi hrozně líbilo. Protože takhle někdy vůbec nevím, jak se v nějakých situacích zachovat, jak je řešit. Někdy chodím za Alicí na kardi, ale to je zase úplně jiná problematika.

HS10: Takže od primáře, vrchní sestry, staniční sestry, koho zrovna potřebuju, podle toho, jak jde hierarchie, tak s ním problém řeším. Ještě máme takovou obrovskou věc, kterou vždycky říkají, Nám nejde něco prosadit. My tady na dětském oddělení máme takový systém, že když máme problém, já jdu za panem primářem, řeknu Tohle se mi, Vláš, nelíbí, potřebovala bych... Kdy máš čas, já řeknu V poledne. Sejdeme se dole v takové společenské místnosti, zavoláme ty, kterých se to týká, a tam to vyřešíme. Třeba jsme řešili odpolední služby u mateřské školy. Já jsem říkala, jsou nanič, zdravotníci se hrozně bránili, já jsem říkala, jsou na nic, jsou tu návštěvy, my tu chodíme mezi dětmi, je to nevyužitý čas, dopoledne jsme tady potřeba víc. A dáme si termín, měsíc to zkusíme, po měsíci se sejdeme, vyhodnotíme situaci, a oni řekli, máte pravdu, vůbec jsme vás nepostrádali, dopoledne je to lepší. Takže to je ta komunikace, která je.

HS3: (Když mám nějaký problém...), tak se obracím jenom sama na sebe.

Tazatelka: Takže to řešíte vlastními silami, i když jste třeba zrovna tápete a nevíte?

HS3: Ale mně se nestává, že bych tápala a nevěděla. Což je asi překvapivé. Moje vzdělání je sice na nižší úrovni co se týče titulů, tak zase je docela dost široký, já jsem se setkávala se všemi dětmi, které se můžou na neurologii objevit, od afázie až po kvadruplegii, prostě všechno vím, nebo ne vím, nemůžete vědět všechno, ale tak jako ...

Tazatelka: Čerpáte z předchozí zkušenosti.

HS3: Hm a většinou je to správné, nenarazila jsem na něco, co by bylo vyloženo špatně. A když už je něco, co nevím, tak jdu za sestrou nebo se podívám do chorobopisu ... a vím, co dítěti je. A většinou, když je tam dítě, které je pro mě problémové, tak ty tam má rodiče, takže jdu za rodiči a poradím se s nimi. Nebo jdu za tou psycholožkou.

Tazatelka: Máte nějaké další zdroje?

HS3: Svoje zdroje? Krom toho, že to konzultuju se svými spolužačkami, někomu třeba zavolám... Tak to je asi tak jediné. Plus ještě s naším doktorem z nemocnice, kterému jsem asi dvakrát volala, protože jsem nevěděla.

## Sebezkušnostní výcvik

Dlouhodobý sebezkušnostní výcvik, který by zahrnoval sebepoznávání, osvojování a kultivování profesních dovedností, vzdělávání a supervizi vlastní práce s klienty, neabsolvovala ani jedna z dotázaných. Dvě respondentky mluví o tom, že se v budoucnu do výcviku přihlásí. Jiné tři dotázané výcviky znají, ale i jejich absolvování v budoucnu neuvažují, např. kvůli časové zaneprázdněnosti, financím. Jedna prošla několika krátkodobými. Ostatní herní specialistky tento typ vzdělávání nezná.

HS2: To nemám, láká mě, ale trochu mě odrazují ty peníze, je to přece jenom dost drahé.

HS5: Až budu mít trochu víc času, protože jsem zaneprázdněná školou, asi určitě jo. Myslím, že by to bylo potřeba.

HS1: Ucelený výcvik nemám, mám takové krátkodobější. Mám krizovou intervenci v RIAPSu, pak mám přes RIAPS různé muzikoterapie a podobně, to byly takové krátkodobé, spíš úvod do problematiky. A pak mám kurz tři setkání pro doktory, to bylo takové jako psychotherapeutické minimum pro obvodáky a pro lidi z praxe, to bylo v Kroměříži, v psychiatrické léčebně, u profesora Kratochvíla. A pak mám takové různé, letem světem, co zrovna mě oslovilo, co mi přišlo dobré.

HS13 o sebezkušnostním výcviku říká, že ho bohužel nemá, do budoucna v rámci celoživotního vzdělávání ho zvažuje.;

HS4: Když bych vzala svůj přístup k tomuhle zaměstnání, tak začnu tím, co už dělám, a dojdeme k tomu výcviku. Zjistila jsem, když jsem tuhle práci šla dělat, že na tomhle místě nemůže být člověk, který má v sobě hodně nevyřešených záležitostí a podobně. Já jsem třeba, když jsem začínala jako sestra, tak jsem byla poměrně ještě v leccems emocionálně nevyrovnaná, spoustu věcí získá člověk růstem, tím že se v tom prostředí děle pohybuje, zažije nějaké situace, dokáže si představit, jak se v tom orientovat a takhle. Ale určitě potřebuje mít spoustu věcí v sobě vyřešených tak, aby si je neřešil skrze pacienty a podobně. Takže já jsem se v tomhle..., uvědomovala jsem si to, probírala jsem si sama se sebou ty situace, snažila jsem se na to nahlídnout trochu jakoby z venku, a tím, že jsme o tom mluvili, u nás je dobrá, otevřená cesta k těm psychologům, když bychom něco chtěli probrat, mohli jsme to třeba probrat i s nimi, nebo mluvíme s těmi, s kým jsme v kontaktu, se sestřičkami a podobně a i sama se sebou jsem to probírala, kde jsem to neudělala dobře... Pomohla mi v tom škola, která mi ukázala, na co se zaměřovat, jaké chyby nedělat, v komunikaci s lidmi, pomáhají nám semináře, na které chodíme, které jsou taky hodně o komunikaci. a hodně se mluví o syndromu vyhoření.

## 6. Diskuze

V této kapitole shrnu postup zkoumání, jeho přínos a limity. Nabízí se několik otázek:

Jaká je validita a reliabilita zkoumání? Vyjdeme-li z obecného předpokladu o vysoké validitě a nízké reliabilitě kvalitativního zkoumání, usilovala jsem o vysokou validitu tím, že jsem zařazení témat pozměnila v průběhu podle potřeby. Nízkou reliabilitu jsem akceptovala a preferovala spíš přiměřeně reagovat během rozhovoru na odpovědi respondentek.

Je zkoumaný vzorek reprezentativní? Reprezentativnost vzorku je dána především metodou výběru, pak teprve velikostí vzorku. Výběry příležitostný a lavinový, které jsem zvolila, reprezentativní výběr nezaručují. Herních specialistek je však tak málo, že kdybych měla realizovat kvóťový nebo náhodný výběr, zůstal by vzorek příliš malý, nedostatečný. Na druhou stranu zkoumání se zúčastnily respondentky z více než poloviny nemocnic, kde se herní práce v České republice provádí. Soubor čítá třináct respondentek, což je pro kvalitativním zkoumáním dostatečný počet.

Byla vhodně zvolena metoda zkoumání? Vzhledem k cíli - provést sondu do relativně nové profese, zjistit, jak herní specialistky svou práci vnímají, jak ji prožívají, jaké problémy řeší - se polostrukturovaný rozhovor osvědčil.

Proběhl výzkum "metodologicky čistě"? Metodologickou čistotu snižuje fakt, že jsem nezískala odpovědi na všechny otázky od všech respondentek. Při zpracovávání výzkumu jsem velmi zvažovala zařazení dvou respondentek, které trvaly na "dvojrozhovoru", jemuž byla přítomna jejich nadřízená. Takový postup samozřejmě není regulérní resp. nesplňuje metodologické požadavky, např. protože není zajištěno soukromí; odpovědi mohou být vnitřně cenzurovány; může to bránit vytvoření dobrého pracovního vztahu mezi respondentkou a tazatelkou, protože respondentka se více soustředí na svou kolegyni a/nebo nadřízenou. Nakonec jsem se rozhodla tento dvojrozhovor ponechat, protože jsem chtěla získat co nejširší obraz, data v co největší šíři, nezmenšovat výzkumný vzorek.

Do jaké míry jsou získaná data zobecnitelná? Rozhovory mi umožnily zmapovat aktuální stav herní práce u nás a vnímání své práce samotnými herními specialistkami. Ukázaly se silné trendy, např. kladné ohodnocení herní práce jako nového prvku ve své pracovní kariéře, uspokojivé čerpání sociální opory a zpětné vazby aj. Podobně zřetelně se ukazuje, jak velký vliv má konkrétní pracoviště, respekt kolegů a podpora vedení oddělení resp. kliniky i nemocnice na budování si své pracovní pozice. Na druhou stranu např. otázky na etické aspekty práce žádná jednoznačná zjištění nepřinesla. Některé poznatky tedy zobecnit lze, naopak jiná témata jsou spíše roztržštěná a učinit z nich jednoznačný závěr možné není.

U zúčastněných herních specialistek jsem se setkala s velkou ochotou a zájmem o předmět této práce. Na základě domluvy dám zjištění a závěry této práce herním specialistkám k dispozici prostřednictvím internetu. Pro respondentky to bude jistý zisk z účasti na



zkoumání a může to být podnět k diskuzím a hodnocení. Pro mě budou jejich ohlasy další formou zpětné vazby, zda tato práce je přínosná.

V průběhu práce se ukázal nedostatek vhodné literatury o herní práci. V češtině existuje jedna monografie, několik odborných článků a přibývá článků pro rodičovskou veřejnost. V angličtině jsem vyhledala několik textů ze zahraničních databází, využila jsem i rešeršních služeb, přesto i tak je článků poměrně málo.

## **7. Shrnutí**

Herní práce je koncept péče o děti hospitalizované v nemocnici a jejich rodiče, který akcentuje zvládání psychosociálních problémů, které se nabalují na změnu zdravotního stavu vlivem nemoci, úrazu aj. a na hospitalizaci na lůžkovém oddělení. Herní specialista v žádném případě nenahrazuje péči lékaře ani sestry. Jejím úkolem je provázet dítě a rodinu pobytem v nemocnici, reagovat na jejich prožívání v náročné situaci, komunikovat s nimi, být jim k dispozici pro řešení jejich problémů, nesnází či otázek. Zprostředkovává kontakt mezi pacienty a zdravotníky. Klientem herní specialistiky je dítě a jeho rodina, vytváří jim co nejvhodnější podmínky tak, aby vyšetření a léčbu co nejlépe zvládli. K tomu používá takové postupy jako přípravu na lékařské zákroky pomocí různých pomůcek, hry, rozhovoru; doprovází dítě na zákrok; nabízí smysluplné trávení volného času prostřednictvím aktivit v herně; pečuje o psychickou pohodu dítěte, protože ta se podílí na rekonvalescenci a zkracuje dobu hospitalizace.

Profesi "herní specialista" naše právní předpisy dosud nestanovily, proto herní specialistiky pracují buď místo jedné zdravotní sestry nebo na pozici kontaktní sestry anebo se herní práci věnují učitelky nemocničních škol. Sdružení pro herní práci s dětmi v nemocnici, v němž se mohou herní specialistiky sdružovat, proto do budoucna usiluje právě o konstituování herní práce jako oficiální profese. Mohlo by to přinést mj. rozšíření herní práce na dětská oddělení do dalších nemocnic. Dále sdružení plánuje vypracovat etický kodex herní práce. Úspěchem je dnešní podoba vzdělávání v herní práci, které má formu třísemestrálního kurzu v rámci celoživotního vzdělávání ve spolupráci Nadačního fondu Klíček a Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy.

Z otázek na jednotlivá témata vyplývají následující závěry:

S herní prací se respondentky poprvé setkaly často v zaměstnání nebo v médiích, když k nám zhruba v polovině 90.let začala herní práce přicházet z Velké Británie. Polovina respondentek má vzdělání v herní práci, všechny se však shodují v tom, že se neustále průběžně vzdělávají. Často hledají, co by je obohatilo a rozšířilo jejich kompetence. Nejednotnost je ohledně podpory - na některých pracovištích jsou herní specialistky uvolňovány, někde však musejí čerpat dovolenou.

Velká shoda mezi respondentkami panuje v zásadách, kterými se řídí při přípravách na zákroky a v tom, že používané pomůcky jsou jen nástroji, i když potřebnými, ale jádro spočívá v rozhovoru s dítětem a rodiči, ve vysvětlování, v odpovídání na jejich otázky a v práci s jejich emocemi. Děti mívají strach a hledají oporu. Většina respondentek děti na zákroky doprovází, ty, které ne, nedoprovází proto, že nemohou odejít od dětí na oddělení, resp. v herně. V takových situacích oceňují přítomnost rodičů na oddělení, právě oni jsou dětem největší oporou a pomáhají jim vyrovnat se s nemocí a hospitalizací. Přítomnost rodičů na druhou stranu vyžaduje, aby herní specialistky umožnily najít si svůj prostor všem rodičům, nastavovaly limity, předcházely konfliktům a nedorozuměním.

Právě jednání s rodiči je pro některé herní specialistky náročné, závisí to na jejich zkušenostech. Častým nedostatkem je, že většina herních specialistek nemá vlastní pracovnu, takže obtížně hledají prostor, kde by s rodiči mohly mluvit nerušeně a v soukromí. Některé herní specialistky mluvily o situacích, kdy rodiče si přejí něco, co by se mohlo ukázat jako nevýhodné pro děti, obvykle se to týkalo dvojí zakázky.

Dosti jednotné názory mají respondentky na jádro herní práce, na to, co je pro herní práci nejtypičtější. Shodují se ve vyjádřeních jako je komunikace, péče o pacienta a rodinu, provázení hospitalizací.

Velkým problémem se ukazuje včlenění do týmu. Herní specialistky samy chápou svou práci jako svébytnou, samostatnou profesi, pro kterou jsou nutné specifické znalosti a dovednosti, s vymezenou náplní práce. Zároveň však vidí, že kolegové zpočátku jejich místo takto nevnímají, a proto si musí herní specialistka někdy s obtížemi hledat své místo v týmu a komunikovat o své práci s kolegy. Trvá poměrně dlouho, než si najdou svou pozici a než je ostatní začínají respektovat jako samostatné odborné pracovnice. Ukazuje se, že podpora vedení oddělení vyjádřená vytvořením místa pro herní specialistku nestačí, že je potřeba o své

pracovní náplni stále komunikovat. Většinou rychleji a snadněji získávaly herní specialistky podporu u sester, u lékařů to trvalo déle a obtížněji. Na druhou stranu děti a rodiče je začínají vnímat pozitivně velmi rychle, přestože se s touto profesí na oddělení setkávají poprvé.

Respondentky mluvily o získávání zpětné vazby jako o důležité informaci. Vzhledem k tomu, že děti a rodiče jejich péči a pomoc vítají, jsou pro herní specialistky zároveň zdrojem pracovní spokojenosti. Tu popisovaly většinou na obecnější rovině. Naopak problémy a komplikace, se které při své práci řeší, popisovaly konkrétněji a jejich výčet byl poměrně obsáhlý. Nic to však nemění na tom, že se v práci cítí převážně spokojené. Herní práci vesměs vítají jako obohacující prvek, který jim umožnil další osobní rozvoj, pro některé představuje herní práce i kariérní postup.

Nejednotnost vládne ohledně souběžné práce sestry a práce ošetrovatelské. Kromě jedné práci sestry vykonávat většinou nechtějí, nebo alespoň ne na oddělení, kde působí v roli herní specialistky. Zde je prostor pro diskuzi, jak toto střídání rolí vnímají dětské pacienti a rodiče, zda to herní práci komplikuje či ne, jak postupovat v případě, že herní specialistka se sesterskou či ošetrovatelskou prací nesouhlasí, ale vrchní sestra ji požaduje.

Všechny dotázané znají syndrom vyhoření. Většina se jím necítí ohrožená a jmenují, co jim pomáhá z psychohygienického hlediska. Také popisují poměrně bohatou síť sociální podpory, kterou čerpají většinou v rodině. Kromě jedné respondentky by všechny uvítaly nějakou formu péče o sebe, např. supervizi či intervizi s kolegyní - herní specialistkou na stejném oddělení. Pokud takové možnosti nejsou dostupné, hledají si vlastní cesty (např. vedení pracovního deníku). Vůči sobě navzájem si poskytují podporu, vyměňují si zkušenosti, zvou se na svá pracoviště na stáže. Sebezkušenostní výcviky zná polovina, jen dvě mluvily o plánech se nějakého výcviku zúčastnit.

Průzkum ukázal, že herní specialistky mají velký zájem na rozvíjení herní práce, na vlastním vzdělávání v oblasti psychologie. Herní práci vnímají jako cestu ke svému dalšímu rozvoji profesnímu i osobnímu.

## **IV. Závěr práce**

### **1. Závěr**

Ve své diplomové práci jsem se pokusila představit herní práci a profesi herních specialistek.

V kvalitativním zkoumání prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru jsem u třinácti respondentek zjišťovala jejich postoje, názory, zkušenosti týkající se jejich práce.

Herní specialistky ve zkoumaném vzorku se shodují, že svou práci považují za smysluplnou, chápou ji jako pomáhající profesi směřující k hospitalizovaným dětem a jejich rodinám. Ve své (nové) profesi jsou velmi motivované. Své profesní potřeby identifikují zejm. v oblasti další péče o sebe, např. ve formě supervize, vzájemného konzultování, dalšího vzdělávání. Svoji práci vnímají jako náročnou zejm. pokud jde o komunikaci s dětmi a rodiči, hledání si své pozice v pracovním týmu a řešení problémů, s nimiž se setkávají. Úspěšně nacházejí zdroje své pracovní spokojenosti a sociální opory a pocítují pozitivní zpětnou vazbu o své práci zejm. od dětí, rodičů či zdravotních sester na oddělení. Dobře funguje spolupráce mezi dotázanými herními specialistkami, navzájem se znají, nabízejí si stáže na svých pracovištích, konzultují spolu různé otázky.

Do budoucna Sdružení pro herní práci s dětmi v nemocnici, v němž se mohou herní specialistky sdružovat, plánuje vypracovat etický kodex a usilovat o zavedení herní práce jako samostatné profese ve zdravotnictví a hledat formu profesní péče ve formě supervize či intervize. Naše zkoumání ukázalo další náměty, např. předmětem diskuze by se mohla stát souběžná práce zdravotní sestry či vykonávání ošetrovatelských činností či stanovování si vlastních hranic v kontaktu s rodiči a nadřízeným anebo zlepšení jejich pracovních podmínek (např. vlastní pracovna, kde by mohly nerušeně a v soukromí mluvit s dětmi a rodiči). K tomu by mohlo napomoci vtáhnout do další diskuze i zdravotnické pracovníky z oddělení (lékaře, sestry, také psychology aj.), protože stále potřebují vysvětlovat svou pracovní pozici a náplň práce a být svými kolegy respektovány jako samostatné odborné pracovnice.

## **2. Abstract**

In this dissertation I tried to introduce play work and job of play specialists.

Play work is used to treat children's and their parent's emotional and behavioral problems. Play therapists do never act as nurse or doctor. Their job is to guide child and its parents through hospitalization, communicate with them, and be present to help them solve their problems or answer their questions. They also act as communication bridge between doctors and clients.

In my research I was interviewing thirteen therapists to get information about their opinions, needs, and experiences, based on their work.

All of the specialists agreed that they see their work as meaningful, feeling it's helpful for clients. They all have very good work motivation. To cover their needs, they would like to have more education, supervisory control, consultation, and trainings. They feel possible problems in following up those needs, to find own position in the work team, sometimes even communicating with children or parents.

In spite of that they can feel satisfaction with their work and social support, and also feel positive feedback about their job. There is very good cooperation between specialists.

## V. Seznam použité literatury

- Bělohávek, F.: Osobní kariéra. Grada, Praha 1994, 1.vyd.,
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., Jones, L.: The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. Professional Psychology: Research and Practice, 2005, Vol.36, No.4, 376-390.
- Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Karolinum, Praha 2002, dotisk .1. vyd., 374s.
- Dix, A.: Clinical Management. Where Medicine Meets Management. Let Us Play. Health-Serv-J., 2004 Apr 22, Vo.114, 26-7.
- Dlouhá, J.: O jedné možnosti psychické podpory nemocného dítěte. Speciální pedagogika, 2006, roč.16, č.1, s.21-28.
- Ferjenčík, J.: Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Portál, Praha 2000, 1. vyd., 255s.
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., Schaefer, Ch. E.: Fifteen Effective Play Therapy Techniques. Professional Psychology: Research and Practice, 2002, Vo.33, No.6, 515-522.
- Hawkins, P., Shohet, R.: Supervize v pomáhajících profesích. Portál, Praha 2004, 1.vyd., 202s.
- Jurovský, A.: Osobnosť človeka pri práci. Práca, Bratislava 1980, 1.vyd., 240s.
- Kopecká, I.: Postavení matky hospitalizované s dítětem. Ošetřovatelství, 2001, sv.3, č.1-2, s.46-47.
- Královcová, M., Královec, J.: První herní specialisté ukončili studium. Děti a my, 2005, roč. 35, č.1, s.2.
- Křivohlavý, J.: Moderátor zvládání zátěže typu sociální opory. Československá psychologie, 1999a, roč. 43, č.2, s.106-118.
- Křivohlavý, J.: Sociální opora v ošetřovatelství. Ošetřovatelství, 2001, sv. 3, č.3-4, s.74-77.
- Křivohlavý, J.: Zjišťování sociální opory dětí. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 1999b, roč. 34, č.1, s.65-71.
- Landreth, G. L.: Therapeutic Limit Setting in the Play Therapy Relationship. Professional Psychology: Research and Practice, 2002, Vol.33, No.6, 529-535.
- Mareš, J. a kol.: Dítě a bolest. Grada - Avicenum, Praha 1997, 1.vyd., 320s.

Mareš, J.: Nevyužívání či odmítání sociální opory. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 2001, roč. 36, č.3, s.214-224.

Mareš, J., Zdeňková, H.: Od školy hrou k nemocnici hrou. Psychologie dnes, 2001, roč.7, č.4, s.26-28.

Matějček, Z.: Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. H&H, Jinočany 2001, 3.přepřacované vyd., 147s.

Munzarová, M.: Zdravotnická etika od A do Z. Grada - Avicenum, Praha 2005, 1.vyd., 156s.

Nečasová, M.: Úvod do filozofie a etiky v sociální práci. Masarykova univerzita, Brno 2001, 1.vyd., 98s.

O'Connor, K.: Addressing Diversity Issues in Play Therapy. Professional Psychology: Research and Practice, 2005, Vol.36, No.5, 566-573.

Pressdee, D., May, L., Eastman, E., Grier, D.:The Use of Play Therapy in the Preparation of Children undergoing MR imaging. Clinical Radiology, 1997, Vol.52, No.12, 945-947.

Rezková, V.: Nedirektivní psychoterapie hrou. Úvod do problematiky. Pražská pedagogicko-psychologická poradna, Praha 1999, 3.vyd, 36s.

Růžička, J., Drázská, E.: Motivace pracovního jednání. VŠE, Praha 1994, 2. dotisk 2.přepřacovaného vyd., 174s.

Řezníčková, A.: Herní specialista na dětském oddělení. Sestra, 2000, roč.10, č.1, s.11-12.

Řezníčková, A.: Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. Děti a my, 2002, příloha Porozumění, č.1, s.4-5.

Řezníčková, A.: Pozice herních specialistek ve zdravotnickém systému a na lůžkových odděleních. Ústní sdělení, 2.12.2005

Sobotková, I.: Psychologie rodiny. Portál, Praha 2001, 1. vyd., 176s.

Starková, O.: Rodiče a zdravotníci ve Velké Británii. Děti a my, 2002, příloha Porozumění, č.1, s.3.

Šolcová, I., Kebza, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie, 1999, roč. 43, č.1, s.19-38.

Štikar, J., Rymeš, M., Rieger, K., Hoskovec, J.: Základy psychologie práce a organizace. Karolinum, Praha 1996, 1.vyd., 203s.

Valenta, M.: Herní specialista v somatopedii. Univerzita Palackého, Olomouc 2003, 2. přepracované vyd., 218s.

Valná hromada SHP, 2.12.2005, FHS UK, Praha - Jinonice

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č.424 /2006 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných zdravotníků, ze dne 30.6.2004

Vymětal, J.: Úzkost a strach u dětí. Portál, Praha 2004, 1.vyd., 181s.

Vymětal, J. a kol: Speciální psychoterapie. Úzkost a strach. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 2000, 1.vyd, 481s.

Vymětal, J., Rezková, V.: Rogersovský přístup k dospělým a dětem. Portál, Praha 2001, 2. přepracované vyd., v Portálu 1.vyd., 236s.

[www.ums.lf1.cz/charta.doc](http://www.ums.lf1.cz/charta.doc), 29.7.2007

Zákon č.96/ 2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Zdeňková, H.: Herní specialista ve Velké Británii. Ošetřovatelství, 2001, sv.3, č.1-2, s.51-52.



# PŘÍLOHY

## **1. Konečná verze osnovy pro polostrukturovaný rozhovor s herními specialistkami**

Demografické údaje:

Rodné jméno, věk, město, oddělení, vzdělání (SŠ, VŠ, VOŠ)

Herní práce na Vašem pracovišti

Jak jste se k herní práci dostala, jak / kde jste se o ní dozvěděla

Jaké máte vzdělání v herní práci

Máte nebo absolvujete nějaký sebezkušenostní výcvik; nebo máte jeho absolvování v plánu

Na jaké pozici oficiálně působíte

Za jakých okolností jste přišla na toto pracovní místo (působila jste tu už dřív v jiné pozici, nebo jste přišla jako herní specialistka, vzniklo tohle pracovní místo spolu s Vaším příchodem, nebo existovalo již předtím)

Jste na tomto oddělení jediná herní pracovnice, nebo vás tu působí víc

V čem spatřujete jádro herní práce, co je podle Vás v herní práci to nejzásadnější

Jaké používáte pomůcky při práci s dětmi

Jaký máte názor na výkon sesterské práce herní specialistkou, jaké s tím máte zkušenosti

Motivace

Co vás přivedlo k herní práci, co vás motivuje k tomuto zaměření

Rozvoj pracovní kariéry resp. směřování ke specializaci, k herní práci - bylo dlouhodobé, pozvolné, motivy sahají do dětství, nebo se v zaběhnutém režimu a řádu objevil silný podnět, který způsobil zásadní změnu (v podstatě časová osa)

Jak hodnotíte herní práci v kontextu své kariéry, byl to postup výš, nebo změna v horizontální rovině

Pracovní pozice

S kým nejvíc spolupracujete

Jak se cítíte začleněná do pracovní skupiny - silně, pevně, nebo jste tu spíš solitér; jak se tato Vaše pozice vyvíjela v čase

Jak cítíte své přijetí ostatními, jak Vaši pracovní pozici vnímají spolupracovníci (lékaři, sestry, vrchní sestra, kolegyně herní specialistka)

Jak se cítíte na pracovišti

Komu se za práci zodpovídáte, kdo je Váš nejbližší nadřízený

Jaké máte podmínky k práci - časové (věnujete se jenom herní práci, nebo i něčemu jinému, vyhovuje vám časová dotace), materiální (vybavení pomůckami, herna), vzdělávací (jste vysílána na semináře aj. vzdělávací aktivity)

Máte možnost metodického vedení, supervize

Jak řešíte nové problémy

#### Pracovní uspokojení

Co Vás těší, co Vám přináší radost, uspokojení, proč herní práci děláte, co Vás u ní drží

Co Vám práce přináší lidsky a co odborně

Jak cítíte, hodnotíte přínos této práce

Jak na ni reagují děti a rodiče

Z jakých zdrojů získáváte zpětnou vazbu

Co Vám k práci chybí, co vás ruší, co vám brání v dobré práci

Co byste uvítala, jaké změny

Který typ klientů (dětí i rodičů) je pro vás nejnáročnější na zvládnání

#### Sociální opora

Komu ji poskytujete

Odkud ji sama čerpáte

#### Burn-out syndrom

Jak o sebe pečujete z hlediska duševní hygieny

Jak mu předcházíte

#### Profesiogram

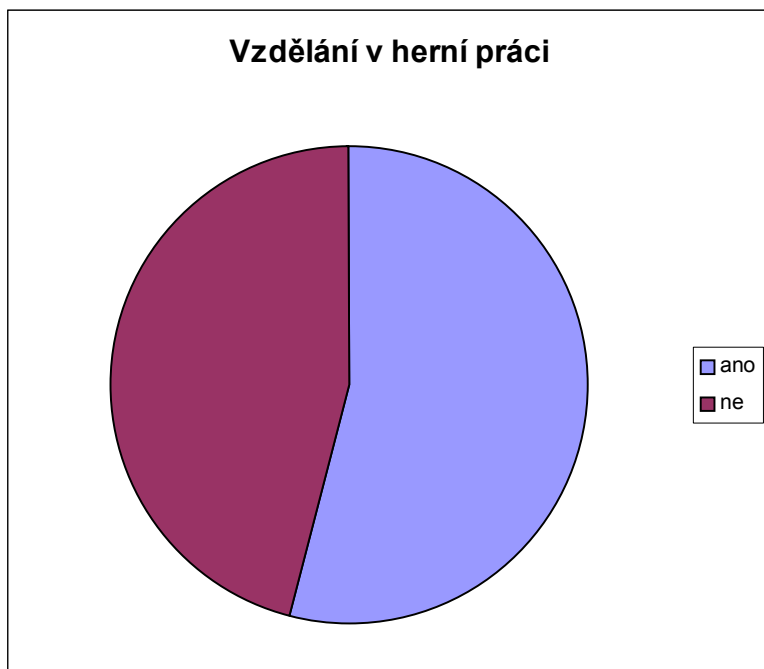
Jak trávíte svou pracovní dobu

Které činnosti pravidelné a výjimečné vykonáváte

## 2. Tabulky

Informace uvedené v kapitole Interpretace dat pro přehlednost a srozumitelnost uvádíme v podobě četnostních tabulek. Tabulka má stejný název jako téma uvedené výše, v levé části jsou uvedena fakta či informace a v pravé četnosti. Vzhledem k tomu, že jedna respondentka např. jádro herní práce popisuje více způsoby, je součet četností vyšší než počet respondentek.

První informace o herní práci	
kolegyně z pracoviště	2
jiné pracoviště	6
propagační materiál	1
časopis	1
internet	1
kamarádka	2



<b>Vzdělání v oboru herní práce</b>	
kurz nadace Klíček	3
kurz Klíček + VOŠ zdravotnická + FHS UK	1
pedagogická fakulta UPOL	2
kurz ve Velké Británii	1
bez vzdělání v herní práci	6

<b>Jádro herní práce</b>	
provázení pobytem v nemocnici	1
být tu pro dítě a rodinu	2
důvěra, bezpečný člověk	3
komunikace	4
zprostředkovatel kontaktu mezi rodinou a zdravotníky	3
péče o psychickou pohodu dítěte	2
zmírnit zátěž	1
vysvětlit lékařské zákroky	1
zbavit strachu	1
zpříjemnit pobyt	3
spolupráce v týmu	1
case management	1
ztotožnění s ergoterapií	1

<b>Používané pomůcky</b>	
album	7
Petruška	4
panenka, šašek, medvěd	7
kiwanis panenka	1
dětský lékařský kufřík	2
zdravotnický materiál a pomůcky	6
video, CD-ROM, knihy	6
omalovánky	1

<b>Přípravy na diagn. a terapeut. zákroky - zásady</b>	
zformování vlastní varianty	3
komunikovat s pacientem a jeho rodinou	8
příprava po dohodě s lékařem	4
povídat si o tom, co bude, vysvětlit	6
mluvit o tom, co dítě vnímá, ukázat, co uvidí	6
individuální přístup	6
mluvit k dítěti, ne k rodiči	4
v klidu, na pokoji, bez vyrušování	5
přiměřeně a v nezbytně nutné míře	2
navázat na to, co dítě už ví, zažilo	6
nic dítěti nenutit	4
neříkat, co dítě nechce vědět	3
nezatajovat nepříjemné okamžiky	1
nelhat	1
nestresovat	1
pokud možno dát dítěti na výběr z více variant	3
hra na doktora, péče o "nemocnou" panenku	7
vnášet legraci, odlehčení	3
ukázat se v oblečení určeném na operační sál	1
ukázat skutečný zdravotnický materiál, přístroje, prostředí	5
zklidnit po premedikaci	1
doprovod na vyšetření	4
špatná příprava je horší, než žádná	1
karty a diplomy za statečnost	2

<b>Spolupráce s rodinou</b>	
respektovat dítě, rodiče a jejich vztah	6
zprostředkovat kontakt mezi rodinou a personálem	2
poskytovat a získávat informace	4
spolupracovat s rodinou při péči o dítě	3
vytvářet podmínky pro pobyt rodičů, provádět pobyt	5
vymezovat hranice, řešit krizové situace	3
intenzivnější péče o dítě hospitalizované bez rodičů	1

<b>Začlenění do pracovního týmu</b>	
od počátku	4
po půl roce	2
po třech letech	2
nelze odhadnout	2
částečně vřazena	1
necítí přijetí	2

<b>Nároční klienti</b>		
věk	předškolní a mladší školní věk	1
	střední školní věk	1
	adolescenti	2
diagnóza	letální prognóza	2
	různé druhy postižení	3
	mentální retardace	1
	DMO	1
	epilepsie	1
	ADHD, hyperaktivita	2
	chroničtí pacienti	2
chování a výchova v rodině	agresivní chování	3
	hyperprotektivní výchova	1
	restriktivní výchova	1

<b>Zpětná vazba o své práci - zdroje</b>	
děti	10
rodiče	4
kolegové z pracoviště	4
kolegyně herní specialistky	2
kolegové z jiného pracoviště	2
spolupracující škola	2
vlastní vzdělávání	1
dotazníky	1
vlastní zkušenost matky	1
vlastní dítě	1

<b>Ošetrovatelská péče o pacienty</b>		
vykonává práci sestry	ráda	1
	s námitkami	1
nevykonává práci sestry - zdravotnické vzdělání		4
sebeobslužné činnosti		2
nevykonává práci sestry - pedagogické vzdělání		5

<b>Vzdělávání při zaměstnání</b>		
v pracovní době	kurzovné platí zaměstnavatel	2
	kurzovné si platí sama	2
	nezjištěno	5
čerpá dovolenou		3
v náhradním volnu		1



<b>Pracovní spokojenost</b>		
ve vztahu k práci	práce jako zdroj seberozvoje	3
	povaha práce	3
	práci odvádí kvalitně	7
	pozitivní emoce	4
ve vztahu k pacientům	kontakt s lidmi	7
	dobře navázaný vztah s dětmi a rodiči	9
	dobrá adaptace dítěte v nemocnici	12
	spokojenost dětí a rodičů	3

<b>Pracovní nespokojenost</b>	
zkreslené vnímání herní práce jinými zdravotníky	9
nízké finanční ohodnocení	4
nedostatečné zázemí na pracovišti	4
nedostatečné fungování týmu na pracovišti	14
náročnost vztahu s pacienty a péče o ně	10
osobní situace konkrétních herních specialistek	2
nespokojenost s nemocniční školou	2

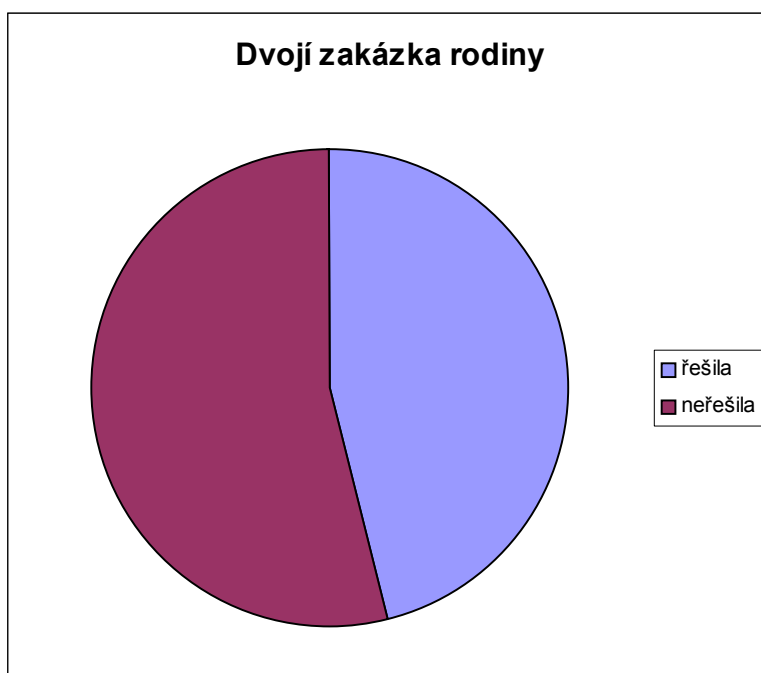
<b>Kariérní rozvoj</b>	
kariérní postup na vyšší pozici	5
nevnímá postup, ale osobní růst ano	3
absolventka	1
vnímá jako obohacení pro pacienty, ne pro sebe	3
nelze vydedukovat	1

<b>Sociální opora - poskytovaná</b>	
děti	10
rodiče	10
kolegyně na pracovišti	5
lékaři	1
staniční sestra	1
studenti na praxích	1
všem	2

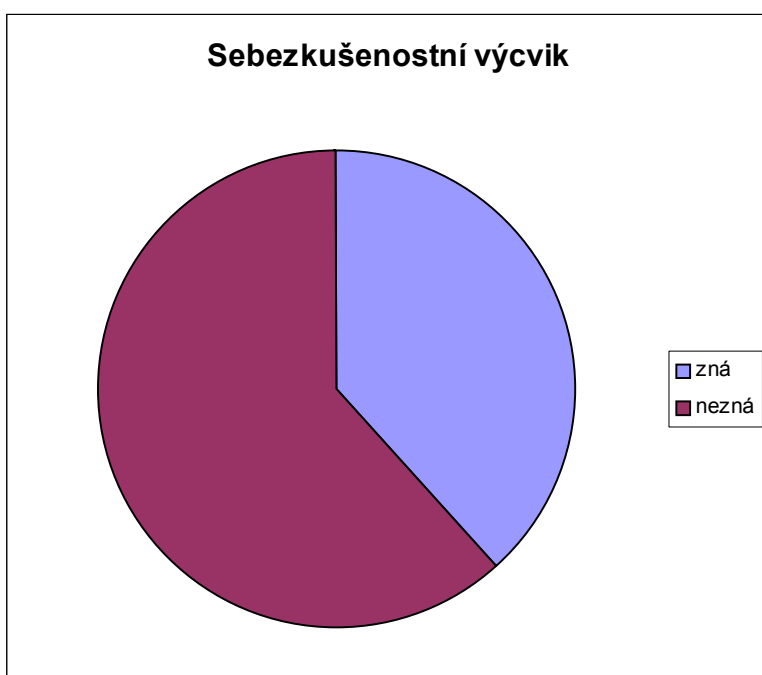
<b>Sociální opora - přijímaná</b>	
manžel, partner	6
vlastní děti	2
rodiče	2
kolegyně na pracovišti	6
nadřízená	3
psycholog na pracovišti	1
koordinátorka dobrovolnického centra	1
je plnohodnotnou součástí týmu	1
celkové zázemí v práci	1
pacienti	1
jiní profesionálové mimo pracoviště	1
spolužáci	2
kamarádi	5
optimistická povaha	1
zvíře	2

<b>Burn-out syndrom</b>		
vnímání rizika	reálný stav	
	ano	ne
dříve vnímala	1	1
aktuálně vnímá	x	1
dříve ani nyní nevnímá	x	10

<b>Prevence burn-out syndromu a psychohygienu</b>	
vzdělávání	2
kolegové a jejich podpora	2
dobré vztahy na pracovišti	1
reálné pracovní cíle	1
nové podněty v práci	3
smysluplnost práce	1
práce s dětmi mimo pracoviště	2
práce s dospělými	1
přátelé, rodina	3
zvíře	3
pobyt v přírodě, procházky	3
sport	4
kulturní zájmy	7
blíže neurčené mimopracovní aktivity	1
relaxační postupy	3
osobnostní předpoklady	3
alkohol	1



<b>Supervize, intervize, metodické vedení</b>	
provádí supervizi svým kolegyním	2
obrací se na herní specialistku - supervizorku	1
konzultuje s kolegyní na pracovišti	3
obrací se na odborníka mimo své pracoviště	1
nemá supervizi, uvítala by ji	3
vede si pracovní záznamy se sebereflexí	2
konkrétní problémy řeší na pracovní schůzce s kolegy	3
nemá, uvítala by intervizi s jinou herní specialistkou	2



### Sebezkušnostní výcvik

